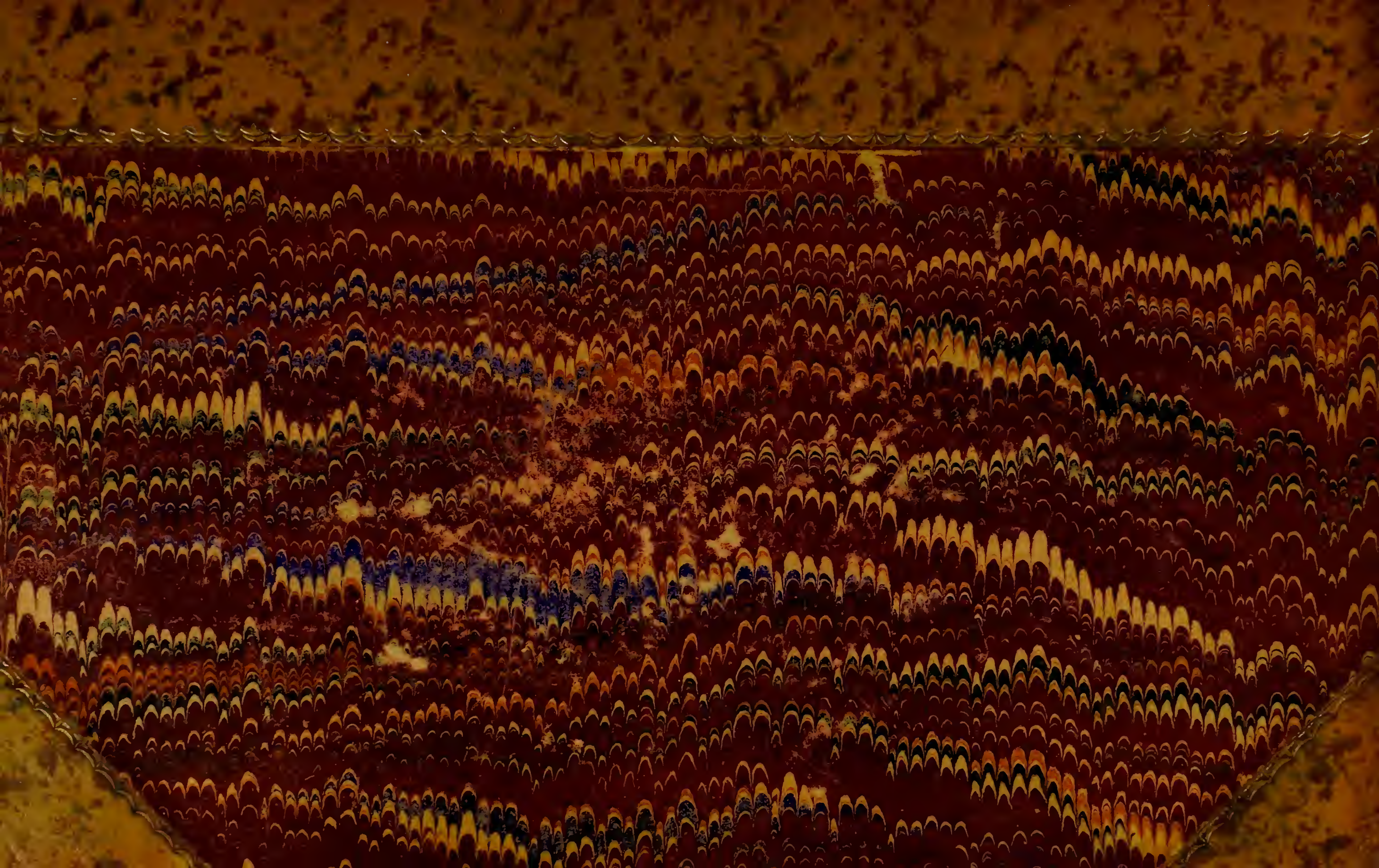

~~X 6.47~~ ii
X Y 6. 11.

R31395

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b21984177_0001

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

PAR

le Professeur Alfred FOURNIER

Rédigé, d'après l'enseignement de l'Hôpital Saint-Louis, par

Le Dr EDMOND FOURNIER

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

TOME PREMIER

PÉRIODE PRIMAIRE. — PÉRIODE SECONDAIRE

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. EDINR. LIBRARY.

PARIS

J. RUEFF, ÉDITEUR

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1899

Tous droits réservés.

V. — **Évolution.** — **Résolution hâtive** et **facile curabilité** sous l'influence d'un traitement même exclusivement local, voilà les deux derniers traits de l'affection.

Par elle-même, il est vrai, la lésion n'a pas de tendance à guérir. Négligée ou non traitée, elle persiste un temps fort long, et passe même assez souvent à la forme hypertrophique. Mais vient-on à la traiter — la *traiter* est même trop dire, — vient-on à la soumettre aux moindres soins locaux, sans même faire intervenir la médication générale, tout aussitôt elle se modifie comme par enchantement. D'abord, elle se dessèche ; de papule humide qu'elle était, elle se transforme en papule sèche, et cela presque *du jour au lendemain.* Puis elle diminue, se flétrit, s'atrophie, se résorbe, au sens strict du mot, et disparaît en quelques jours, au plus en une quinzaine, sans laisser la moindre cicatrice. C'est donc là une lésion essentiellement *résolutive*, et même la rapidité avec laquelle elle s'efface n'est pas, je le répète, sans constituer un fait surprenant.

Traitement. — Aussi, comme conséquence, convient-il en pratique de n'opposer à cette lésion que le plus simple traitement.

Quelques médecins ont pour méthode de cautériser les papules vulvaires avec un agent énergique, tel que le chorure de zinc, le nitrate acide de mercure, l'acide acétique, l'acide chromique, etc. C'est là une double faute, à mon sens ; car, d'une part, cette cautérisation impose aux malades une douleur inutile ; et, d'autre part, elle prolonge bien plutôt qu'elle n'abrège la durée de la lésion.

D'autres, en plus grand nombre, se bornent à toucher ces papules avec le crayon de nitrate d'argent. Cette pratique a le tort d'être au moins superflue, car elle n'active en rien la résolution. En outre, elle ne laisse pas d'être plus ou moins douloureuse, alors surtout que la cautérisation doit porter sur de larges surfaces.

Un traitement plus simple et toujours suivi de succès consiste en ceci : bains fréquemment répétés ; — lotions, trois fois par jour en moyenne, avec un liquide détersif quelconque (c'est à la liqueur de Labarraque, coupée de 4 à 5 parties d'eau, que nous donnons ici la préférence) ; — à la suite de chaque lotion, pansement avec une poudre *isolante*, un tampon d'ouate et un bandage en T. — Quant à cette poudre, le choix en importe peu ; car elle n'a qu'un rôle à remplir, celui de dessécher mécaniquement la papule et de l'isoler des parties avec lesquelles elle pourrait se trouver en contact. Or, toute poudre *inerte*, *indifférente*, non susceptible d'irriter la plaie, est parfaitement suffisante à remplir cet office. La moins chère est donc la meilleure, et c'est à ce point de vue que l'oxyde de zinc peut avantageusement remplacer le dispendieux calomel, consacré de vieille date par l'usage ou la routine pour le pansement de ces lésions.

Ce que réalise ce traitement, c'est l'*isolement* des surfaces malades ;

et cet isolement suffit à lui seul pour déterminer en quelques jours le desséchement, puis la résolution des papules.

Troisième type : Syphilide papulo-hypertrophique.

Simple variété de la forme précédente au double point de vue clinique et histologique, mais variété s'élevant au rang d'une véritable forme par l'exagération de ses caractères et son importance comme lésion.

Elle résulte de l'ampliation d'une papule devenue *gigantesque*, au point de constituer parfois (le mot n'a rien d'exagéré) une véritable *tumeur*.

Comme siège, elle ne saurait naturellement affecter que les points où se développent les papules, puisqu'elle n'est elle-même qu'une papule ou qu'un groupe de papules hypertrophiées. Les régions où on l'observe le plus souvent sont : le bord libre et la face externe des grandes lèvres ; — le pli cutané qui limite ces lèvres en dehors ; — les plis génito-cruraux ; — la face supéro-interne des cuisses ; — le périnée et la marge de l'anus.

Comme étiologie, une cause unique et constante préside à son développement, à savoir : l'*incurie*, l'incurie chronique, incroyable, bestiale, de certaines malades ; en autres termes, le défaut de traitement, de pansements et d'hygiène, la malpropreté, la saleté poussée à la dernière puissance. Qu'on le sache bien, en effet, jamais, au grand jamais, on ne rencontre les immondes lésions dont je vais parler chez les femmes qui se soignent, qui ont quelque souci d'elles-mêmes ; car la papule muqueuse (on le sait par ce qui précède), pour peu qu'elle soit soumise aux moindres soins, ne demande qu'à rétrocéder, qu'à se résoudre. On n'observe de telles lésions que chez les femmes des classes inférieures ; — chez celles que l'ignorance, l'abrutissement, la débauche, l'ivrognerie, la misère, abaissent au dernier échelon de la dégradation physique et morale ; — ou bien encore — le croirait-on ? — chez certaines malades qu'une pudeur mal entendue ou, pour mieux dire, qu'une pruderie ridicule conduit à n'accepter les secours d'un médecin qu'à la dernière extrémité.

Des papules isolées peuvent subir la déviation hypertrophique et aboutir à former de petites tumeurs mamelonnées, grosses comme un haricot, une noisette, un noyau d'abricot. Le plus habituellement, toutefois, ce sont des papules agminées et confluentes qui constituent la syphilide hypertrophique.

En tant que lésions, ce que l'on constate est ceci, sommairement : Des tubérosités, des *tumeurs* plus ou moins volumineuses, sessiles de base, formant des masses rougeâtres et bourgeonnantes, qui

rappellent à la fois la physionomie de la papule et celle de la végétation, du chou-fleur vulgaire (1).

Lorsqu'elles sont isolées, ces tubérosités consistent en des mame-

(1) Voici, relativement aux *caractères histologiques* de cette lésion, une note qui m'a été remise par mon savant collègue et ami le Dr Hayem :

... Mes recherches ont porté sur deux petites tumeurs présentant tous les caractères de la lésion désignée par M. Fournier sous le nom de *syphilide papulo-hypertrophique*. — Ces deux productions syphilitiques ont été excisées par M. Fournier sur des malades de son service, à Lourcine ; l'une d'elles était à l'apogée de son développement, la seconde commençait à se flétrir. (Je dois faire remarquer qu'à l'époque où ces deux petites tumeurs furent excisées, elles avaient cessé depuis longtemps d'être *érosives*. Primitivement, elles s'étaient présentées avec une surface érodée, suppurante ; sous l'influence du traitement, elles s'étaient ensuite desséchées, cicatrisées, de sorte que les éléments de la couche dermo-papillaire se trouvèrent reconstitués et intacts au moment où l'examen microscopique en fut pratiqué.)

Les syphilides papulo-hypertrophiques présentent deux parties distinctes. La plus superficielle est constituée par l'épiderme et le corps muqueux de Malpighi. La seconde est formée par la couche superficielle du derme, c'est-à-dire par le tissu dermo-papillaire.

Ces deux parties, qui se différencient parfaitement, même à l'œil nu, sont profondément modifiées dans la lésion qui nous occupe.

1° *Couche épidermique.* — La couche cornée de l'épiderme est environ deux fois plus épaisse qu'à l'état normal; elle est irrégulière, un peu fendillée, mais ne manque sur aucun point.

Le corps muqueux est très hypertrophié, mais d'une manière fort inégale. De sa face profonde partent des colonnes allongées, quelquefois bifurquées, qui se terminent par une pointe arrondie au milieu du tissu dermo-papillaire. En tenant compte des diverses variétés de cellules qu'il renferme, le corps muqueux altéré peut être divisé en trois régions :

a) La plus profonde, celle qui s'insinue sous forme de colonnes ou de racines entre les papilles, est composée de petites cellules arrondies ou ovoïdes, peu différentes des cellules normales. Cependant, sur quelques-unes de nos préparations, certains de ces éléments étaient très granuleux.

b) La couche moyenne, celle qui répond au sommet des papilles, est constituée par des cellules épidermiques très volumineuses. Le bord de ces éléments offre une exagération plus ou moins manifeste des crénelures normales, disposition qui rappelle les caractères de l'épithélium de la langue. Dans un grand nombre de cellules, le noyau est devenu vésiculeux, et le contenu protoplasmique est plus granuleux qu'à l'état normal.

c) La couche superficielle contient aussi des cellules à noyaux vésiculeux ; on y voit, de plus, quelques globes épidermiques analogues à ceux des épithéliomes. Enfin, quelques éléments renferment dans le noyau altéré des corpuscules très réfringents, à contour foncé, dont je n'ai pu déterminer la nature.

2° *Couche dermo-papillaire.* — La partie profonde de la petite tumeur correspond au tissu dermo-papillaire profondément altéré. A l'état frais, elle offre une coloration rosée et une consistance semi-élastique. — La pression en fait sourdre un suc légèrement opalin, dans lequel nagent un grand nombre d'éléments cellulaires, et qui renferme une matière amorphe. Celle-ci devient très granuleuse ou légèrement fibrillaire par l'action de l'acide acétique, ce qui indique la présence d'une petite quantité de mucine.

Sur les coupes microscopiques, toute cette partie du derme malade présente les caractères suivants :

Elle est transformée en un tissu composé de petites cellules pressées les unes contre les autres et séparées çà et là par quelques tractus étroits de tissu conjonctif fibrillaire. Ces tractus deviennent plus larges et plus abondants dans les parties profondes qui sont en continuité avec le derme resté sain.

La surface de ce tissu malade est déchiquetée irrégulièrement et offre des pro-

lons muqueux, généralement arrondis comme contour, et convexes comme relief. — Lorsqu'au contraire elles sont agminées et confondues en une masse commune, elles constituent des *nappes* plus ou moins étendues en surface, saillantes, surélevées de plusieurs millimètres au-dessus du plan des tissus voisins, en forme de plateaux muqueux.

Le volume que ces tubérosités ou ces nappes hypertrophiques

longements d'un diamètre très variable, qui comblent les espaces laissés libres entre les colonnes du corps muqueux.

Ces prolongements représentent les papilles qui, devenues allongées et fort inégales, s'imbriquent avec les parties correspondantes du corps muqueux hypertrophié. Çà et là on aperçoit des espaces arrondis ou ovalaires, composés de petites cellules épithéliales et provenant, sans aucun doute, de la section plus ou moins oblique des colonnes du réseau de Malpighi.

Étudiés soit sur des coupes, soit par dilacération, les petits éléments qui, par leur abondance et leur volume, donnent au tissu dermo-papillaire l'aspect d'un tissu de bourgeons charnus, offrent les formes, les dimensions et les réactions des éléments du tissu conjonctif embryonnaire. Les plus petits ont l'apparence de globules blancs du sang, mais ne donnent pas par l'acide acétique la réaction caractéristique de ces derniers. Ce sont de petites cellules arrondies ou à contour un peu irrégulier, possédant un noyau relativement volumineux et un nucléole bien distinct. Quelques noyaux paraissent libres et sans corps cellulaire.

D'autres éléments, dont l'abondance varie suivant les préparations étudiées et les divers points de ces préparations, ont un corps cellulaire allongé, fusiforme, dont l'une des pointes est souvent bifurquée. Le noyau et le nucléole ont les mêmes caractères que dans les éléments arrondis.

Dans les points les plus profonds et dans ceux qui, à la périphérie des petites tumeurs, se continuent avec la peau saine, on trouve quelques faisceaux fibreux normaux et de rares fibres élastiques. Mais ces faisceaux sont partout séparés par des amas de cellules embryonnaires.

Les vaisseaux et les nerfs des papilles sont complètement masqués par l'abondance des éléments.

En résumé, les syphilides papulo-hypertrophiques sont constituées :

1° Par une hypertrophie assez considérable et fort inégale de l'épiderme, laquelle porte particulièrement sur le corps muqueux de Malpighi ;

2° Par une altération, au point correspondant, du tissu dermo-papillaire, altération consistant en une production extrêmement abondante d'éléments embryonnaires (cellulaires et fusiformes), lesquels proviennent sans doute de la multiplication des éléments préexistants.

La dénomination nouvelle assignée par M. Fournier à cette lésion est donc d'une exactitude absolue au point de vue anatomique.

L'étude qu'on vient de lire a été faite sur deux échantillons différents. Or, le rapprochement des résultats constatés dans les deux cas peut donner lieu à quelques remarques qui complètent la description précédente.

La seconde tumeur que j'ai eu à examiner (celle qui était en voie de régression) différait de la première par une élongation moins prononcée des papilles altérées, une altération vésiculeuse et granuleuse plus marquée des cellules du corps muqueux, et peut-être aussi par une abondance moindre des éléments embryonnaires des papilles. On remarquait en outre, sur l'ensemble des coupes, des fentes qui pénétraient profondément dans toute la hauteur de la production morbide et qui pouvaient permettre une sorte de suintement.

On peut conclure de là, sauf vérification ultérieure : 1° que ces produits morbides, après une période plus ou moins longue de végétation cellulaire, sont susceptibles de se flétrir, puis de disparaître par altération et résorption de leurs éléments ; — et 2° que ce travail de régression paraît s'établir d'abord dans les couches superficielles du derme et la partie profonde du corps muqueux.

peuvent affecter est très variable. Pour les plus petites, il est comparable à celui d'un gros pois, d'un haricot, d'une demi-noisette. D'autres atteignent les proportions d'une fève, d'une datte. D'autres enfin, bien plus grosses, présentent — et cela sans la moindre exagération — les dimensions et la forme d'un chapeau de champignon; elles peuvent mesurer ainsi 3, 4, 6, 10 centimètres de largeur sur 1 ou même 2 centimètres de saillie! C'est à ces dernières qu'on a appliqué quelquefois les dénominations de *frambœsia* syphilitique ou de papules *éléphantiasiques*.

La surface de ces lésions est rosée ou d'un rouge assez clair. Lorsqu'elle est irritée, enflammée, elle devient d'un rouge sombre violacé, vineux. — Elle est de plus grenue, inégale, mûriforme, fendillée, et souvent parcourue par des vallonnements qui correspondent aux points de fusion des papules primitives en une masse commune. Elle rappelle ainsi exactement l'aspect des végétations vulvaires non syphilitiques, mais elle en diffère toutefois en ce qu'elle n'en présente pas la forme ramifiée, la structure arborescente.

Cette surface est érosive; souvent même elle est excoriée mécaniquement, voire ulcéreuse en certains points. — Elle sécrète abondamment une humeur sanieuse, fétide, séro-purulente, qui tache et empèse le linge à la façon du liquide d'un vésicatoire ou d'un écoulement blennorrhagique. — Parfois, elle se recouvre partiellement, surtout au niveau des portions cutanées de la vulve, d'enduits croûteux formés par la concrescence des produits exsudés. — D'autres fois, ce qui est plus commun, elle s'ulcère par places et présente çà et là des anfractuosités irrégulières, baignées d'un pus stagnant, grisâtres et du plus mauvais aspect. En certains cas même on y trouve quelques îlots d'une teinte verdâtre ou brune, témoignages non équivoques d'une *mortification* superficielle subie par la tumeur. La sécrétion que fournissent alors ces masses végétantes, arrivées à l'état d'ulcération ou de gangrène, acquiert une fétidité excessive, nauséeuse et suffocante.

Complications. — Le développement hypertrophique des papules vulvaires ne s'accompagne à son début d'aucune douleur; mais il ne tarde guère à se compliquer consécutivement de phénomènes phlegmasiques plus ou moins intenses. Les parties situées au voisinage rougissent et deviennent prurigineuses; — une dermite érosive se produit à leur surface et sécrète un suintement blennorrhoïde; — la vulve se gonfle; — les grandes lèvres deviennent turgescentes, dures, érysipélateuses, doublent ou triplent de volume, et prennent une dureté qu'on ne saurait mieux comparer qu'au sclérème; — les petites lèvres s'œdématient; — le périnée, la marge de l'anus et la face supéro-interne des cuisses, constamment baignés de pus, s'enflamment à l'unisson. — De très vives douleurs se manifestent alors, au point d'exciter en quelques cas un certain

ensemble de phénomènes réactionnels ; la marche, la station même devient très pénible, presque impossible. Et c'est dans cet état que nous voyons quelques malheureuses femmes arriver aux consultations de notre hôpital, se traînant plutôt que marchant, pâles, blêmes, portant sur leur visage l'expression de la souffrance, exhalant de toute leur personne une affreuse odeur et, somme toute, simplement affectées de syphilides vulvaires, mais de syphilides énormes, végétantes, ulcérées, gangreneuses, baignées de pus, immondes, hideuses, révoltantes d'aspect et de fétidité.

Pronostic. — Traitement. — On serait presque autorisé à croire que ces grosses masses végétantes réclament une intervention énergique et ne sauraient guérir qu'au prix d'une cautérisation destructive ou même d'une excision. Alarmes vaines. L'expérience contredit ici toutes les prévisions rationnelles.

Et, en effet, soumises à un traitement purement médical et des plus simples, ces syphilides hypertrophiques guérissent absolument bien, voire parfois avec une rapidité surprenante. Cela est essentiel à savoir, pour se préserver d'interventions inutiles, douloureuses, préjudiciables. A quoi bon des cautérisations qui, portant sur des lésions d'une telle étendue, ne manquent jamais d'être *horriblement douloureuses*, jusqu'à déterminer des crises de nerfs, des lipothymies, des accidents hystériformes, etc., jusqu'à constituer un supplice de plusieurs jours? A quoi bon des excisions qui deviennent parfois des opérations véritables, qui exposent à des hémorrhagies difficilement coercibles, et qui ne manquent jamais de laisser des cicatrices? Détestables pratiques, alors surtout qu'il suffit, pour délivrer les malades, des simples moyens que voici :

Repos au lit. — Bains répétés, quotidiennement pour quelques jours, puis, au delà, tous les deux ou trois jours. — Ablutions fréquentes (quatre ou cinq fois par jour) avec liqueur de Labarraque coupée d'eau ; — asséchement, puis aspersion d'une poudre isolante (oxyde de zinc, par exemple) recouverte d'ouate ; — bandage en T ; — et, bien entendu, médication générale.

Sous l'influence de ce traitement, on voit en quelques jours tous les symptômes se modifier et se transformer : les douleurs se calment, la suppuration diminue, la fétidité disparaît, et les surfaces ulcérées commencent à se dessécher. Puis, une semaine ne s'est pas écoulée que déjà les grosses masses fongueuses se sont sensiblement réduites de volume, ratatinées et atrophiées. Au delà, elles continuent — plus lentement, il est vrai, — à se résorber, et, finalement, elles s'effacent, sans laisser de cicatrices.

Cette résorption exige, à coup sûr, un certain temps, trois à six semaines en moyenne, quelquefois même davantage. Mais toujours elle s'accomplit; jamais elle ne résiste à des soins continus.

Lorsqu'elle languit, il y a indication à l'activer par quelques badi-

geonnages à la teinture d'iode, au besoin même par quelques fines pointes de feu appliquées superficiellement.

Mais une pratique à laquelle je me refuse absolument, c'est la cautérisation *profonde* de ces masses tubéreuses, à savoir leur destruction ignée. Sans doute, on peut les guérir de la sorte, ainsi que l'a très bien établi le Dr Baudier dans un travail d'ailleurs intéressant (1), et même les guérir assez rapidement (« en dix-huit jours, comme moyenne »). Mais c'est là une *opération* véritable, extrêmement douloureuse quand elle doit intéresser de larges surfaces (ce qui est le cas le plus usuel), donc nécessitant le chloroforme. Or, il me semble excessif, abusif, dans la seule intention de « gagner du temps », d'exposer une malade aux dangers du chloroforme pour une lésion qu'un peu de patience suffit à guérir.

Quatrième type : Syphilide ulcéreuse.

Forme beaucoup moins fréquente que la syphilide papulo-érosive, voire relativement rare. — D'autre part, forme plus tardive que les trois précédentes et n'entrant guère en scène qu'à une époque plus ou moins avancée de la période secondaire. — Très intéressante, enfin, cliniquement de par les analogies objectives qu'elle offre avec le chancre simple.

Elle consiste en ceci : des lésions *ulcéreuses* de la muqueuse vulvaire. — Elle correspond donc, comme modalité anatomique, aux syphilides ulcéro-croûteuses ; seulement l'élément *croûte* lui fait défaut, parce qu'il n'a pas la possibilité de se produire sur le tégument muqueux.

La syphilide ulcéreuse peut affecter toutes les régions de la vulve. Mais on l'observe plus habituellement sur les points suivants : face interne des grandes lèvres, petites lèvres, vestibule, entrée du vagin. — Quelquefois, mais plus rarement, elle déborde le département muqueux de la vulve pour se répandre sur les téguments cutanés du voisinage.

Son importance est variable, comme nombre et comme étendue de lésions.

En général, elle se compose de *plusieurs* lésions, au nombre de trois, quatre, cinq, six, rarement davantage. — Mais elle peut se réduire à deux, voire à une seule, ce qui ne contribue pas médiocrement à en rendre le diagnostic plus difficile.

Ses ulcérations affectent comme moyenne usuelle les dimensions d'une grande lentille, d'une pièce de vingt centimes, au maximum celles d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc. Mais elles

(1) Baudier, *Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez la femme*, thèse de Paris, 1888.

peuvent devenir plus considérables par coalescence et fusionnement, comme dans un cas qui a été très fidèlement reproduit par un habile artiste, M. Méheux, et qu'on trouvera représenté dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, planche VI. (Je recommande cette belle figure à l'attention de mes lecteurs.) Dans ce cas, qui est absolument typique, trois ulcérations isolées (absolument identiques d'aspect au chancre simple) se voient sur la grande lèvre gauche et le périnée; — tandis que trois autres, qui se sont fusionnées par voisinage, forment sur la grande lèvre droite une plaie considérable qui ne mesure pas moins de 5 centimètres en hauteur. — En outre, une énorme nappe érythémateuse sert de cadre à ces lésions en couvrant toute la vulve et les régions périvulvaires.

Les lésions qui constituent cette modalité de syphilides n'offrent absolument *rien de spécial* comme objectivité. Qu'on les examine, qu'on les analyse aussi minutieusement que possible au point de vue de leur forme, de leur étendue, de leur profondeur, de l'état de leur fond, de leurs bords et de leur base, etc., on ne trouvera aucun signe qui les distingue à coup sûr d'ulcérations de nature très différente. Ce sont des *ulcérations*, et voilà tout. Car ce n'est pas, certes, en donner une caractéristique que de dire à leur propos ce que je suis réduit à en dire, à savoir :

Qu'elles sont tantôt assez superficielles et tantôt plus ou moins creuses ; — qu'elles sont variables de forme, cerclées ou demi-cerclées ici, ovalaires ou elliptiques là, irrégulières ailleurs, etc. ; — que leur coloration varie du jaune rougeâtre au rouge foncé et peut affecter un mélange de tons différents ; — que leur fond, habituellement lisse et poli, devient en d'autres circonstances inégal et rugueux ; — que leurs bords sont ou abrupts, ou taillés en pente douce, ou relevés en crêtes; — que leur base, ordinairement souple, se double parfois d'une certaine rénitence ; — que leur suppuration, enfin, est généralement assez abondante et plus franchement composée de pus que celle des autres syphilides muqueuses, etc. Dans tout cela, je le répète, il n'est rien de spécial, rien de propre à ces lésions. De ces divers attributs, il n'est pas un seul qui ne soit absolument banal, qui ne puisse figurer dans la symptomatologie d'une ulcération quelconque, spécifique ou vulgaire.

A peine les syphilides ulcéreuses trouvent-elles parfois un élément diagnostique dans une particularité de configuration que voici. Il n'est pas rare qu'elles présentent une tendance manifeste à la *forme cerclée* ou à un dérivé de cette forme, et cela soit comme contour de lésions isolées, soit comme mode de groupement de lésions voisines. Ainsi, tantôt on les trouve constituées par des ulcérations arrondies, cerclées, dessinant une couronne, une demi-lune, un fer à cheval, etc.; et tantôt on voit une série de leurs lésions s'agencer les unes par

rapport aux autres suivant une ligne courbe, un demi-cercle, un croissant. Ce mode spécial de configuration, quelque variété d'ailleurs qu'il affecte, est quelquefois assez nettement accentué pour servir utilement au diagnostic différentiel.

Malheureusement, ce dernier signe fait défaut en bon nombre de cas. Et alors, comme il est à peu près le seul qui donne aux syphilides ulcéreuses une physionomie tant soit peu particulière, on peut être fort embarrassé pour porter un jugement sur la nature de ces lésions. Les plus habiles s'y trompent, et les plus habiles même sont ceux qui hésitent le plus à se prononcer sur de tels cas, parce qu'ils connaissent mieux que d'autres les difficultés d'un semblable diagnostic. Aussi bien, ce diagnostic, disons-le, ne peut-il souvent être établi que sur la considération des accidents concomitants et des commémoratifs; ce qui m'amène à répéter encore ici ce précepte général de syphiliographie, à savoir : que la spécificité d'une lésion soupçonnée syphilitique doit être établie non pas sur les seuls attributs de cette lésion, mais sur un ensemble de symptômes, sur un groupe de phénomènes actuels ou passés, sur une *série* morbide, sur une *évolution* pathologique.

Diagnostic. — Le chancre simple est, par excellence, la lésion avec laquelle cette forme de syphilide risque le plus d'être confondue. On peut même dire qu'en fait elle a été confondue avec lui jusqu'à une époque très voisine de la nôtre, car on ne trouve nulle part, dans les écrits de nos devanciers, un effort pour l'en distinguer.

Du reste, la méprise, en l'espèce, est plus que facile cliniquement, comme explicable aussi par d'excellentes raisons, à savoir : identité de siège entre les deux lésions ; — analogie, voire quasi-identité de caractères cliniques, toutes deux étant constituées par des ulcérations, et par des ulcérations circonscrites, plus ou moins creuses, plus ou moins larges, suppurant assez abondamment, souples de base, etc. Aussi est-il souvent très difficile de les différencier. Je dirai même que c'est là, très sûrement, *un des diagnostics différentiels les plus ardus, les plus délicats, de toute la syphiligraphie.*

D'autre part (et j'appelle l'attention sur ce point), il se rattache à la distinction clinique de la syphilide ulcéreuse et du chancre simple un *intérêt doctrinal*, et un intérêt doctrinal de premier ordre. C'est qu'en effet une confusion commise entre ces deux espèces morbides n'aboutit à rien moins que ceci : la négation du chancre simple en tant qu'espèce morbide distincte de la syphilis, c'est-à-dire la négation du *dualisme*, une des plus importantes conquêtes de la science contemporaine. Et voici comment.

Supposez une contamination dérivant d'une syphilide ulcéreuse. Qu'en résultera-t-il ? Un chancre induré sur le sujet qui a reçu la contagion. Or, que cette syphilide ulcéreuse ait été prise indûment pour un chancre simple, voyez la conséquence d'une telle erreur.

On dira, on ne manquera pas de dire : « Voilà *une syphilis dérivant par contagion d'un chancre simple.* Donc le chancre simple est un accident qui appartient à la syphilis, puisqu'il transmet la syphilis. Donc, la doctrine dualiste est un mythe, une erreur, que l'observation condamne. »

Et c'est de la sorte, en effet, qu'on a maintes fois raisonné, au nom de tels faits et grâce à de telles méprises. Très positivement, la syphilide ulcéreuse génitale confondue indûment avec le chancre simple a été longtemps la pierre d'achoppement de la doctrine dualiste. C'est elle qui (avec le chancre céphalique, dont j'ai parlé précédemment) a fait que Ricord n'a pas osé trancher le nœud gordien qui semblait rattacher le chancre simple à la syphilis. C'est elle aussi qui m'a trompé, alors que, jeune encore, j'émettais l'opinion d'après laquelle « un chancre simple développé sur un sujet syphilitique pouvait déterminer par contagion un chancre syphilitique (1) ». Et pourquoi, comment ai-je été conduit à cette erreur ? Parce que, ne connaissant pas à cette époque la syphilide ulcéreuse génitale, je l'avais prise pour un chancre simple. Ce n'est que plus tard et après avoir fait mon éducation personnelle sur cette syphilide ulcéreuse que j'ai dû reconnaître ma méprise et venir à résipiscence.

Donc, un double intérêt, clinique et doctrinal, se rattache au diagnostic différentiel en question, qu'il me reste maintenant à étudier.

De quels éléments disposons-nous pour instituer ce diagnostic ?

I. Il est des cas, d'abord, où la nature de la lésion ressortira *ipso facto* des commémoratifs, et cela en raison de la *spontanéité de développement* de ladite lésion. Je m'explique.

Un sujet syphilitique (homme ou femme, n'importe, car ce que je vais dire est aussi bien applicable à un sexe qu'à l'autre) est affecté d'une lésion ulcéreuse des organes génitaux, à propos de laquelle, après mûr examen, le diagnostic différentiel s'est restreint à ces deux hypothèses : syphilide ulcéreuse ou chancre simple. Or, le malade, je suppose, déclare n'être affecté de cet accident que depuis quelques jours et ne s'être exposé à aucun risque de contagion depuis fort longtemps, soit, par exemple, trois à six mois. Dans ces conditions, en toute évidence, la lésion ne peut être qu'une syphilide ulcéreuse, par exclusion forcée du chancre simple, lequel n'attend pas trois à six mois pour se produire à la suite d'une contamination. La spontanéité de développement, en dehors de toute contagion possible, atteste donc ici la syphilide ulcéreuse, par élimination nécessaire du chancre simple.

Le diagnostic peut tirer parti, à l'occasion, de cette considération

(1) A. Fournier, *Recherches sur la contagion du chancre* (Adrien Delahaye, Paris, 1857).

toute spéciale et majeure. Mais, sans que j'aie besoin de le dire, on voit l'écueil où peut sombrer un tel diagnostic, exclusivement basé sur l'assertion d'un malade qui peut tromper ou se tromper lui-même en ne tenant pas compte d'un rapport qu'il ne croit pas suspect. Donc, cherchons mieux.

II. Trois signes, tous éventuels à la vérité, peuvent parfois concourir à déterminer le diagnostic, à savoir :

1° *Coexistence d'un bubon aigu, inflammatoire.* — Cela sera une forte présomption en faveur du chancre simple, qui s'accompagne souvent d'une complication de cet ordre, tandis que les syphilides de tout genre ne provoquent que d'une façon très exceptionnelle un retentissement phlegmasique vers les ganglions.

2° *Configuration arciforme de la lésion.* — Quelquefois les syphilides ulcéreuses se constituent sous forme de lésions demi-cerclées, arciformes, en demi-lune, en croissant, etc. ; — ce que ne fait jamais le chancre simple.

Cette configuration est donc distinctive. Malheureusement, ce n'est là qu'une particularité assez rare.

3° *Multiplicité et inégalité de développement des diverses lésions.* — Très habituellement le chancre simple est multiple (c'est la règle) et multiple même à un bien plus haut degré que ne l'est en général la syphilide ulcéreuse, laquelle d'ailleurs est souvent discrète, voire parfois solitaire.

D'autre part (et ceci a une bien autre signification pour le diagnostic), les lésions par lesquelles se traduit le chancre simple sont très souvent de deux ordres : d'abord, des chancres simples *adultes*, bien constitués, d'une étendue moyenne (celle, par exemple, d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes) ; puis, à leur pourtour, des chancres simples *jeunes* ou même *naissants*, de taille naturellement proportionnelle à leur âge, c'est-à-dire petits, très petits ou même embryonnaires. — Ajoutons que ces petits chancres sont souvent les plus caractéristiques de tous, en raison de leur excavation notablement creuse par rapport à leur minuscule diamètre ; ils sont *presque aussi creux que larges*, ce qui leur confère une physionomie toute particulière.

Cette association de *grandes* et de *petites* lésions (ces dernières résultant d'inoculations de voisinage) est tout à fait caractéristique. Elle répond bien à ce que Ricord disait plaisamment du chancre simple : « C'est un chancre qui vit en famille, entouré de ses enfants. »

Tout au contraire, les syphilides ulcéreuses, toutes de même âge généralement, ne présentent pas cette disproportion d'étendue entre leurs diverses lésions. En sorte que le diagnostic peut tirer de cette opposition de caractères un utile profit. Parfois même il ressort immédiatement et en toute évidence de ces petits chancres *satellites* qui,

je le répète, sont absolument caractéristiques. — Malheureusement encore, ce n'est là qu'une éventualité clinique, qui fait souvent défaut.

III. En l'absence possible des particularités précédentes, le diagnostic devient singulièrement difficile. Il repose alors exclusivement sur de simples données objectives d'appréciation toujours assez délicate, voire se réduisant parfois à de simples nuances, telles que celles qui peuvent résulter des divers signes suivants :

1° *État des bords.* — Avec le chancre simple, bords nets, véritablement entaillés, parfois à pic, parfois décollés. — Avec la syphilide ulcéreuse, bords moins accentués, à entamure ne formant pas arête, ou même bords inclinés en pente douce vers le fond de la plaie.

2° *État du fond.* — Avec le chancre simple, fond généralement inégal, vermoulu, alvéolaire, c'est-à-dire semé de petites dépressions. Avec la syphilide ulcéreuse, fond lisse, égal, uni. — (C'est là, à coup sûr, le meilleur des signes de cette série.)

3° *Coloration.* — Pour le chancre simple, coloration jaune ou jaunâtre, d'un ton clair, « gai », comme disait Ricord, vif, animé. — Avec la syphilide ulcéreuse, coloration ou rougeâtre, ou gris lardacé, d'un ton plus ou moins sombre.

Pour un œil exercé, les trois signes qui précèdent suffiront souvent à constituer le diagnostic avec un réel degré de certitude. Mais je ne saurais assez insister sur les deux points suivants : que, d'abord, les signes en question sont d'une appréciation délicate, minutieuse, difficile, exigeant une véritable expérience spéciale ; — et qu'en second lieu ils ne sont pas toujours assez accentués pour permettre un jugement aux médecins les plus experts, voire aux vétérans de l'art.

Aussi bien est-il de nombreux cas où le diagnostic ne peut être posé que d'après les données bactériologiques ou expérimentales qu'il me reste à signaler.

IV. Avec le chancre simple, présence, dans le pus issu des lésions, du *bacille de Ducrey*; — absence de ce bacille dans le pus de la syphilide ulcéreuse.

V. Enfin, l'*auto-inoculation* constitue en l'espèce le critérium suprême. La syphilide ulcéreuse, en effet, répond toujours négativement à la lancette; tandis que l'inoculation du chancre simple ne manque jamais de produire un chancre simple.

Dans les cas difficiles, non solubles par les procédés cliniques, c'est là l'unique ressource pour dissiper tous les doutes et faire la lumière.

Les éléments de ce diagnostic se trouveront réunis, pour la commodité du lecteur, dans le tableau suivant :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SYPHILIDE ULCÉREUSE ET DU CHANCRE SIMPLE.

Syphilide ulcéreuse.	Chancre simple.
I. — Commémoratifs : Pour certains cas, *spontanéité de développement* absolument significative.	I. — Ne succède jamais qu'à un *rapport contagieux* ; — et lui succède à très courte échéance.
II. — Trois signes éventuels :	
1° Pas d'adénopathie symptomatique ; en tout cas, jamais d'adénite aiguë, vivement inflammatoire.	1° Parfois accompagné d'une *adénite aiguë*, vivement inflammatoire et à tendance suppurative.
2° Parfois *configuration arciforme*, en demi-lune, en croissant.	2° Jamais de configuration arciforme.
3° En général, nombre plus discret de lésions ; — et lésions sensiblement égales entre elles comme proportions, non disparates en tout cas à la façon de celles qui constituent souvent une « famille » de chancres simples.	3° Souvent, lésions *multiples*, parfois même très multiples. Et, surtout, lésions souvent *inégales* comme développement en raison de leur inégalité d'âge. A savoir : grands chancres adultes ; — jeunes chancres plus petits ; — et chancres naissants, minuscules. Souvent aussi, caractéristique distinctive fournie par ces chancres naissants, qui se présentent *aussi creux que larges*.
III. — Signes objectifs :	
1° Bords moins accentués que ceux du chancre simple, sans entamure faisant arête.	1° Bords nets, découpés, *entaillés*, parfois à pic, parfois décollés.
2° *Fond lisse, égal, uni.* (Signe parfois presque décisif.)	2° Fond *inégal,* vermoulu, alvéolaire.
3° Coloration variable, quelquefois jaune ou jaunâtre, plus souvent rougeâtre ou d'un gris lardacé, en tout cas de ton plus ou moins sombre.	3° *Coloration jaune* ou jaunâtre, d'un ton clair, animé. (Signe quelquefois presque caractéristique pour un œil exercé.)
IV. — Absence du bacille de Ducrey dans le pus issu des lésions.	IV. — Présence, dans le pus, du *bacille de Ducrey.*
V. — Critérium expérimental : Auto-inoculation négative.	*Auto-inoculation produisant un chancre simple.*

Évolution. — Traitement. — Si les syphilides muqueuses des trois premiers groupes que nous avons étudiés jusqu'ici sont des accidents qui cèdent au traitement le plus simple et qui, littéralement, ne demandent qu'à guérir, il n'en est pas de même du quatrième type qui nous occupe actuellement. La syphilide ulcéreuse est de nature moins bénigne et moins docile au traitement. Elle persiste toujours un certain temps et ne cède qu'à une médication appropriée. Quelquefois même elle se montre assez rebelle, ce qui n'est pas sans

faire contraste avec la curabilité si facile des syphilides érosives ou papulo-érosives.

Sans parler du traitement général, la médication à lui opposer consiste en ceci : bains tièdes, fréquemment répétés (tous les deux jours, pour le moins, au début) ; — bains de siège, biquotidiens ; — ablutions fréquentes, avec décoction de guimauve ; — pansements soigneusement faits et renouvelés trois fois par jour avec tamponnets d'ouate hydrophile imbibés d'une solution *faible* de nitrate d'argent. La solution titrée au centième m'a paru la mieux appropriée.

Si le contact permanent de la solution argentique semble un peu irritant, je procède d'une autre façon, à savoir : matin et soir, badigeonnage des ulcérations avec un pinceau d'aquarelle imbibé de ladite solution, et pansement avec ouate sèche.

L'iodoforme, auquel il est souvent difficile d'avoir recours en raison de son insupportable odeur, est très efficace en l'espèce. On l'applique en poudre sur toute l'étendue des plaies, que l'on recouvre ensuite d'ouate ; — besoin est seulement d'un pansement par jour, sauf dans les cas de suppuration abondante.

Parfois l'iodoforme est mal toléré de la sorte. Recourir alors à la pommade iodoformée (1/10), qui est toujours mieux acceptée.

La pommade au calomel (1/10) peut être aussi d'un utile emploi.

Nombre d'autres topiques ont été proposés : teinture d'iode étendue, tartrate ferrico-potassique, quinquina, poudre de calomel, onguents mercuriels, dermatol, traumatol, diiodoforme, aristol, etc., etc. J'ai souvent eu recours à tel ou tel de ces agents, comme à tant d'autres encore que j'oublie, sans leur reconnaître de réels avantages.

Enfin, à la période terminale, lorsque les plaies bourgeonnent, cautérisation au crayon de nitrate d'argent, tous les trois ou quatre jours. — Supprimer alors les pommades et les solutions, pour s'en tenir à des pansements *secs*, les plus utiles à cette période : ouate sèche, ou bien topiques pulvérulents inertes (sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, talc, etc.), recouverts d'ouate.

Telles sont les quatre formes élémentaires, primordiales, auxquelles peuvent être rattachées les variétés multiples que comportent les syphilides vulvaires.

Quelques détails vont maintenant compléter l'étude de ces lésions.

Variétés.

On pourrait les multiplier à l'infini. Je me bornerai à citer ici les principales.

1° **Types associés**. — Les quatre types de syphilides vulvaires précédemment décrits ne sont pas exclusifs les uns des autres. Loin de là. Ils peuvent se combiner, s'associer, ou même, disons mieux,

ils se combinent, ils s'associent très fréquemment. Rien de plus commun, par exemple, que d'observer simultanément à la vulve des syphilides érosives et des syphilides papuleuses, des syphilides papuleuses et des syphilides papulo-hypertrophiques, des syphilides hypertrophiques et des syphilides ulcéreuses, etc. Il n'est même pas impossible de trouver ces quatre types réunis.

A remarquer cependant que la syphilide ulcéreuse, bien que pouvant s'associer à d'autres formes, se prête bien moins que les trois autres à ces combinaisons polymorphes. Bien plus souvent elle fait bande à part et s'individualise, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire se manifeste isolément, à l'état de type exclusif.

D'autre part, il est très habituel que les syphilides muqueuses vulvaires coexistent avec des syphilides cutanées des portions cutanées de la vulve ou des régions voisines.

De là possibilité d'un certain *polymorphisme*, qui fait pendant au polymorphisme si commun des formes éruptives cutanées.

2° **Variétés de couleur.** — Les syphilides vulvaires, au lieu de se présenter avec leur teinte habituelle d'un rose foncé ou d'un rouge un peu sombre, peuvent affecter diverses colorations qui en modifient complètement l'aspect. C'est ainsi qu'elles se revêtent parfois d'enduits grisâtres ou blanchâtres qui en recouvrent toute la surface. Elles sont dites alors papules *opalines*. — Il n'est même pas rare que ces enduits soient assez épais pour ressembler à des fausses membranes, devenir lamelliformes, et donner à la papule une teinte d'un gris sale, voire (mais exceptionnellement) d'un blanc mat, opaque, rappelant assez exactement le ton de la porcelaine (papules dites *porcelaniques*). C'est à ce dernier ordre de lésions, véritablement couenneuses d'aspect, que certains auteurs ont donné le nom de papules *diphthéritiques*. Mieux vaudrait dire *diphthéroïdes*, je crois, pour ne pas importer ici une qualification empruntée à une entité morbide toute spéciale, la diphthérie, laquelle n'a rien à faire ici.

Comme merveilleux spécimen de cette variété, on peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis (Collect particul., n° 368) des papules vulvaires observées sur une jeune négresse. Absolument blanches, blanches comme du lait, ces papules forment un étrange contraste avec la coloration noire des téguments.

D'autres fois, les syphilides vulvaires se recouvrent par places d'enduits jaunâtres semblables à une nappe de miel ou de pus concret. Ces enduits singuliers, dont la nature reste encore à déterminer, s'observent surtout chez les jeunes sujets, notamment chez les enfants. En se concrétant au niveau des portions cutanées de la vulve, ils forment des croûtes jaunâtres, rappelant assez bien l'aspect de l'impétigo.

3° **Syphilide papuleuse caliciforme.** — En d'autres cas, la

variété dérive d'une modification de forme. Ainsi, parfois la papule muqueuse, au lieu d'être constituée par un petit plateau légèrement convexe, se déprime à son centre en forme de cupule, de lampion, de calice. On lui donne alors le nom de papule *ombiliquée* ou *caliciforme*. — Simple détail objectif qu'il suffit de mentionner.

4° **Syphilide papulo-ulcéreuse**. — Variété plus commune et beaucoup plus importante, consistant en ce que la papule, au lieu de rester érosive, *s'ulcère* véritablement. Il s'établit sur elle un travail de destruction moléculaire qui l'entame, qui la creuse et qui finit par la transformer, du moins sur une certaine portion de son étendue, en une lésion réellement ulcéreuse.

Ce processus ulcératif débute toujours par le centre de la papule et rayonne de là vers la circonférence. Tantôt il se limite à la zone centrale, tantôt il envahit une large portion, voire la presque totalité du plateau papuleux, dont le rebord en saillie figure une sorte de crête encadrant l'ulcération (1).

L'ulcération ainsi constituée aux dépens de la papule peut rester assez superficielle, ou inversement se creuser jusqu'à atteindre 2 et 3 millimètres de profondeur. Elle ne s'attaque jamais qu'au néoplasme de la lésion, et laisse intacts les tissus voisins ou sous-jacents. — Comme attributs objectifs, elle n'offre aucun signe spécial qui lui donne un cachet particulier.

Lorsque ce processus de destruction moléculaire vient à affecter plusieurs papules contiguës ou réunies en nappe, il peut de la sorte donner naissance à des ulcérations assez étendues, occupant, par exemple, toute la hauteur d'une ou des deux grandes lèvres.

Il n'est pas sans intérêt de distinguer cette syphilide papulo-ulcéreuse de la syphilide ulcéreuse proprement dite. La première, en effet, dont l'ulcération se fait aux dépens d'un néoplasme épigénétique, guérit rapidement et sans stigmates; tandis que la seconde, qui résulte d'une infiltration des téguments, est beaucoup plus résistante et susceptible de laisser des cicatrices.

5° **Variétés circinées**. — Peu communes, mais très remarquables et surtout très formelles comme signification diagnostique. — Elles ne s'observent que dans les types érosif et ulcéreux.

Ainsi :

I. La syphilide érosive se présente quelquefois sous forme soit d'anneaux à centre sain, de la dimension d'une bague environ, soit de demi-anneaux, de croissants, de demi-lunes. Une lésion de ce genre, que j'ai fait reproduire par l'aquarelle, représentait exactement un C aussi régulier, aussi correct comme dessin qu'un caractère d'imprimerie.

On a vu (mais c'est là une forme exceptionnelle) des syphilides

(1) Voy. un beau type de ce genre reproduit dans mes *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., Planche V, fig. 1.

arciformes se réunir bout à bout de façon à constituer une configuration générale *en arceaux conjugués* (1).

II. De même quelquefois la syphilide ulcéreuse affecte des graphiques circinés, spécialement arciformes.

Cette particularité de configuration n'est pas seulement curieuse. Elle comporte en outre un intérêt diagnostique réel, et voici pourquoi. C'est qu'en effet *il n'est guère que la syphilis qui produise sur les muqueuses génitales des lésions à graphique annulaire ou arciforme.* Lors donc qu'on rencontre à la vulve une lésion de cet ordre, on peut presque sûrement, de ce chef seul, en affirmer la spécificité.

6° **Folliculites vulvaires**. — Bien que constituant une annexe plutôt qu'une variété des syphilides vulvaires, ces lésions ont ici leur place naturelle.

Anatomiquement, elles consistent en une infiltration néoplasique analogue à celle qui constitue les papules cutanées ou muqueuses, infiltration qui se localise autour des follicules vulvaires, plutôt encore que dans les parois et le tissu même de ces petits organes. Ce sont donc, à vrai dire, des *périfolliculites* plutôt que des folliculites.

Cliniquement, elles sont constituées (du moins en apparence) par un développement hypertrophique du follicule qui s'accuse ainsi :

Sur la face externe des grandes lèvres ou sur leur bord libre, production de petites tumeurs *pisiformes*, figurant autant de saillies convexes, à relief régulièrement *hémisphérique*, et affectant le volume d'une tête d'épingle, quand elles sont jeunes, ou d'un gros pois, quand elles ont acquis leur complet développement.

Ces petites tumeurs sont rosées ou rougeâtres, sèches, et recouvertes par un épiderme intact ou légèrement squameux.

Elles sont pleines, solides, résistantes, constituées évidemment par un exsudat concret ou par un néoplasme.

Elles se développent sans douleur, et restent absolument indolentes au toucher, voire à la pression, pendant toute leur durée.

Généralement elles sont multiples. On en compte le plus souvent de trois à six. Il en existe parfois davantage, huit, dix, douze, et même, par exception, jusqu'à quinze ou vingt. Inversement, on peut n'en rencontrer qu'une ou deux, mais cela est assez rare.

Tantôt ces tumeurs sont isolées et distinctes. Tantôt elles sont réunies côte à côte par groupes de deux, de trois, de quatre. Elles peuvent alors se confondre par leur base, en restant indépendantes par leur sommet.

Au premier coup d'œil, on ne sait trop ce que peuvent être ces petits mamelons hémisphériques, et l'on serait tenté de les prendre ou pour des papules un peu plus petites et plus convexes que de

(1) Voy. Ouvrage précité, Planche VII, fig. 1.

coutume, ou pour des végétations de forme verruqueuse. Mais, si l'on vient à les examiner avec un peu d'attention, on ne tarde pas à y découvrir une particularité qui dissipe aussitôt toute incertitude et détermine nettement la nature de ces lésions. En effet, au sommet et au centre même de chacun de ces mamelons, on aperçoit toujours une petite *dépression punctiforme*, analogue à celle que laisserait sur un morceau de cire la piqûre d'une aiguille, et semblant être le pertuis d'un orifice glandulaire. De plus, assez habituellement, on voit émerger de ce pertuis un petit *poil*. Ce double détail est significatif. Il établit d'une façon péremptoire que la lésion intéresse un follicule.

Une fois constituée de la sorte, la folliculite persiste sans modifications d'aspect pour un temps toujours fort long, plusieurs mois en général. Que deviendrait-elle, et que durerait-elle, si elle n'était pas traitée? Je l'ignore. Mais ce que je sais, c'est que, même traitée, elle se montre singulièrement rebelle. On a souvent peine à en débarrasser les malades. J'ai essayé contre elle de nombreux topiques sans aboutir à rien de bien satisfaisant. Ce qui réussit — je ne dirai pas le mieux, mais le moins mal — c'est de la barbouiller tous les jours avec un pinceau chargé de teinture d'iode. Encore ces badigeonnages n'ont-ils qu'une action très lente. Reste, il est vrai, la ressource de l'excision, à laquelle on peut avoir recours lorsque les choses traînent en longueur.

Variétés. — Dans une forme plus rare, la folliculite aboutit à suppuration. Une croûte jaunâtre se forme alors à son sommet. Détachée, cette croûte découvre une petite ulcération assez creuse, *cratériforme*, circonscrite par un rebord saillant.

De véritables ulcérations vulvaires (**folliculites ulcéreuses**) peuvent résulter de cette fonte purulente de la folliculite. Elles n'ont jamais qu'une étendue minime (2 à 3, 4 millimètres de diamètre en moyenne) et sont facilement reconnaissables tant à leurs dimensions exiguës qu'à leur contour régulièrement cerclé et à leur aspect cratériforme.

Il est certains cas toutefois où ces folliculites suppuratives aboutissent à constituer des ulcérations assez vastes, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes ou d'une amande. Cela s'observe lorsque plusieurs de ces lésions contiguës viennent à s'abcéder et à subir le processus ulcératif (**folliculites ulcéreuses agminées**). — J'ai eu dans mon service une malade qui présentait au bas de la grande lèvre gauche un groupe de huit folliculites contiguës. Ces folliculites, d'abord sèches, vinrent à suppurer, puis s'ulcérèrent ; leurs ulcérations se réunirent, et de là finalement résulta une plaie unique, qui mesurait environ 2 centimètres en longueur sur 1 centimètre et demi de large. Cette plaie était assez creuse. Elle ne présentait, comme signes tant soit peu spéciaux, que des bords relevés en forme de crête et, sur quelques points de son contour, de petits segments

de circonférence, vestiges de la forme circulaire des folliculites situées à la périphérie du groupe. A cela près, on l'eût facilement confondue soit avec la syphilide ulcéreuse commune, soit avec le chancre simple, soit même avec toute autre ulcération, et j'aurais été certes fort embarrassé pour en déterminer la nature si je n'avais assisté à son début et à ses diverses phases d'évolution.

(Je recommande à l'attention ces diverses variétés de lésions folliculaires, qui, encore peu connues, sont l'origine de fréquentes erreurs diagnostiques.)

SYPHILIDES VAGINALES ET UTÉRINES.

Fréquence. — Les syphilides du vagin et du col utérin sont extrêmement rares, surtout si on les compare à la prodigieuse fréquence des syphilides vulvaires. Il semblerait que l'anneau vaginal constitue une sorte de barrière à l'envahissement de ces lésions. En tout cas, ce n'est pas sans étonnement qu'il nous arrive presque chaque jour de constater au spéculum l'immunité du col et du vagin sur des femmes dont la vulve et les régions périvulvaires sont criblées de syphilides.

Si rares cependant que soient ces lésions, elles le sont moins qu'on ne le dit et qu'on ne le croit en général. Et cela, pour une raison très simple ; c'est que, pour trouver ces lésions, *il faut les chercher*. Or, on ne s'astreint pas toujours à visiter au spéculum une femme syphilitique, et moins encore à répéter cet examen d'une façon assidue. De sorte que les syphilides génitales internes, ne s'accusant d'ailleurs par aucun phénomène et ne déterminant aucune douleur, échappent souvent à l'observation.

Dans nos hôpitaux spéciaux, où nous nous tenons à l'abri de cette cause d'erreur en examinant toutes nos malades au spéculum une fois par semaine, nous avons l'occasion de temps à autre de constater des syphilides sur le vagin et sur le col. Au reste, les chiffres suivants, empruntés à mes relevés de Lourcine, montreront d'une façon précise la fréquence relative de ces accidents par rapport aux mêmes lésions développées sur la vulve :

Syphilides muqueuses de la vulve	522 cas.
Syphilides du col utérin	25 —
Syphilides du vagin	9 —

C'est donc au vagin que les syphilides sont le plus rares, et même on peut dire que là leur rareté est vraiment excessive, extraordinaire. — Voyons, cependant, ce que l'observation apprend à leur égard.

I. — **Syphilides vaginales.** — Les syphilides qui affectent le vagin ne se produisent guère que sur deux points de cet organe :

1° Au niveau de l'anneau vagino-vulvaire (où elles sont tout aussi bien vulvaires que vaginales) ;

2° Dans l'ampoule supérieure du vagin.

Quant à la partie moyenne, au corps du vagin, elles y sont absolument exceptionnelles, si même on les y a jamais sûrement observées. Pourquoi cela ? Je l'ignore. Mais le fait est constant.

La symptomatologie de ces lésions secondaires du vagin est des plus simples, et quelques mots suffiront à la caractériser.

1° A l'anneau vulvo-vaginal, les syphilides muqueuses se présentent sous la forme érosive ou ulcéreuse. — Là, par une autre bizarrerie dont je n'ai pas le secret, la papule, la papule véritable, ne se produit pas ou ne se produit que d'une façon excessivement rare.

C'est en ce point encore que les syphilides de forme ulcéreuse offrent le plus de difficultés diagnostiques ; ce qui tient, d'une part, à ce qu'elles n'ont pas par elles-mêmes d'attributs formels, et, d'autre part, à ce que, sur cette région, le chancre simple (lésion qu'elles peuvent surtout simuler) affecte en général une physionomie bien moins accentuée, bien moins caractéristique, que sur les parties extérieures de la vulve. Il se montre là moins régulier que d'habitude comme contours, moins arrondi, moins creux, plus plat de bords, plus lisse de fond, etc.

2° Au niveau de l'ampoule vaginale, les syphilides secondaires n'appartiennent guère qu'à un seul type, le type papuleux. Elles s'y présentent sous forme de petites papules aplaties, érosives, rondes ou ovalaires, du diamètre d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes tout au plus. Elles sont parfois rosées, c'est-à-dire d'une couleur qui tranche peu sur celle du vagin. Plus souvent — et c'est même là leur caractère le plus saillant — elles sont blanchâtres, *opalines*, ou d'un blanc gris, gris jaunâtre, qui contraste avec la teinte de la muqueuse voisine. Assez fréquemment aussi leur contour est bordé d'un liséré rougeâtre ou carmin.

J'ai fait conserver par l'aquarelle deux spécimens de ces syphilides vaginales. Dans l'un et l'autre on distingue très nettement un groupe de papules assez nombreuses (7 dans un cas, 10 dans l'autre), occupant la paroi inférieure de l'ampoule vaginale. Ces papules affectent, pour la plupart, le diamètre d'une lentille ; quelques-unes, agminées, atteignent l'étendue d'un haricot ou d'une feuille de trèfle. Elles sont toutes aplaties ; rosées dans un cas, elles affectent dans l'autre une teinte opaline ou légèrement jaunâtre. — A noter enfin que, dans l'un de ces cas, l'éruption papuleuse vaginale coïncidait avec une éruption semblable développée sur le col utérin.

II. — Les **syphilides du col utérin** se présentent sous les trois formes suivantes : forme érosive, forme papuleuse, forme ulcéreuse.

1. — La forme *érosive* est constituée par des érosions superficielles,

véritables exfoliations épithéliales comparables à celles de la balanite. Ces érosions sont généralement petites, limitées, lenticulaires, rougeâtres ou d'un rouge purpurin qui tranche sur la coloration physiologique du col. Quelquefois, mais plus rarement, elles sont grisâtres, opalines. Comme caractères objectifs, elles ne présentent rien de spécial (à part ce dernier détail de couleur) qui puisse les différencier sûrement des érosions vulgaires (1).

Aussi, pour nombre de cas, la nature syphilitique de ces érosions ne saurait-elle être que *suspectée* seulement. Elle ne peut être affirmée — encore avec une certaine réserve — que dans les deux conditions suivantes :

1° Lorsque ces érosions sont situées d'une façon *excentrique* par rapport à l'orifice du col ;

2° Lorsqu'elles affectent la *forme cerclée* ou *semi-annulaire*, et cela d'une façon bien nette, bien catégorique.

D'une part, en effet, les érosions non spécifiques du col ont pour habitude de siéger au centre même du museau de tanche et de rayonner de l'orifice utérin. Le seul fait, pour une érosion, d'être localisée *en dehors* de cet orifice suffit à la rendre quelque peu suspecte. Mais ce n'est là, bien entendu, qu'une présomption qui demande à être confirmée par d'autres caractères, et l'on conçoit de reste qu'un tel signe ne comporte rien d'absolu.

D'autre part, il est bien rare que les érosions vulgaires du col s'astreignent à la forme cerclée, surtout lorsqu'elles sont situées en dehors de l'orifice, et plus rare encore qu'elles prennent la forme semi-annulaire. Il n'est guère que les syphilides utérines qui affectent parfois cette disposition spéciale.

II. — La forme *papuleuse* est plus aisément reconnaissable.

Elle consiste en des papules tout à fait semblables aux papules d'autres régions, c'est-à-dire en de petits disques, de petits plateaux quelque peu surélevés au-dessus de la muqueuse. Ces papules sont assez fréquemment cerclées, ovalaires, elliptiques. Elles ont en général l'étendue d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes; mais, lorsque plusieurs viennent à se confondre, elles peuvent occuper un quart, un tiers même de la surface du col. Elles sont lisses, érosives, rarement rosées, et plus habituellement au contraire remarquables par une teinte assez spéciale, la teinte *gris-perle*. Presque toujours, en effet, — particularité digne de mention — ce sont des papules *opalines* ou d'un blanc bleuâtre qu'on observe sur le col, comme le démontrent diverses pièces déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis (nos 126, 215, etc.). Parfois même, ces lésions offrent une teinte d'un blanc mat et laiteux (papules dites *diphthéroïdes*).

(1) Voy. Planche VII de mon livre sur *la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édition.

Il n'est pas rare de ne rencontrer qu'une seule de ces lésions. Plus souvent, toutefois, il en existe deux, trois ou même quatre, bien distinctes, bien isolées. J'en ai vu jusqu'à dix dans un cas.

Quand elles sont aussi multiples, presque toujours elles aboutissent à ne plus former, en se fusionnant, qu'une, deux ou trois nappes à contours sinueux, composés d'une série d'arcs de cercle.

Ces papules utérines peuvent se produire sur tous les points du col. Lorsqu'elles sont situées en dehors de l'orifice du museau de tanche, elles sont facilement reconnaissables tant à leur situation excentrique qu'à leur forme circulaire, à leur saillie, à leur isolement, à leur coloration opaline, etc. Occupent-elles au contraire l'ouverture du col (siège habituel des érosions vulgaires, des granulations, des lésions diverses de la métrite commune), elles deviennent bien plus difficiles à diagnostiquer, et souvent alors il est très délicat, impossible même d'en affirmer la nature spécifique.

Enfin, ce que ces lésions secondaires du col utérin présentent de très remarquable, c'est leur *singulière curabilité*. Vient-on à les toucher avec le crayon de nitrate d'argent, ou même, sans les cautériser, se contente-t-on de les panser avec un topique inerte (tel que le tan ou l'oxyde de zinc), presque aussitôt elles disparaissent. Il y a plus : abandonnées à leur évolution *spontanée*, elles peuvent également guérir avec une facilité et une rapidité qui ne laissent pas d'être surprenantes. Cela, je l'affirme pour en avoir fait l'expérience plusieurs fois (bien entendu, sur des femmes *internées* à l'hôpital et non en condition par cela même de transmettre la contagion). A dessein, j'ai laissé sans traitement des syphilides érosives ou papuleuses du col, me bornant à prescrire quelques injections d'eau, et j'ai vu parfois ces lésions disparaître *sponte suâ* dans un très court espace de temps.

C'est là, à coup sûr, un fait des plus curieux, curieux en soi d'abord, et curieux aussi parce qu'il nous donne l'explication probable de certaines contagions vraiment extraordinaires. Voici ce à quoi je fais allusion. Il arrive parfois que des femmes syphilitiques, se sachant syphilitiques et s'observant avec le soin le plus minutieux, s'abstenant de tout rapport au moment où elles suspectent sur elles la moindre lésion contagieuse, n'en aboutissent pas moins à transmettre la syphilis. Dès qu'elles sont accusées d'avoir transmis la maladie, ces femmes accourent chez leur médecin, qui les examine et qui, à son grand étonnement, ne trouve rien de pathologique sur elles, rien qui ait pu motiver une contamination. Comment donc, en pareille circonstance, la contagion s'est-elle exercée? Je ne saurais le dire, assurément. M'est avis néanmoins qu'elle pourrait bien dériver, au moins pour certains cas, d'une syphilide utérine, *spontanément guérie* à l'époque où l'examen a été pratiqué. — On dira avec toute raison que le col utérin n'est pas certes le seul point où une lésion contagieuse puisse rester méconnue et guérir *sponte suâ*. Mais on ne

pourra nier qu'il ne soit le point par excellence où un accident de ce genre a le plus de chance de passer inaperçu, comme aussi de se juger et de disparaître *sponte suâ* le plus rapidement.

Inutile d'ajouter que les syphilides érosives et papulo-érosives du col utérin ne laissent jamais traces de leur passage. — Jamais non plus, détail négatif assez curieux, je ne les ai vues bourgeonner comme à la vulve, constituer de grosses tubérosités végétantes et passer, en un mot, à la forme dite hypertrophique.

III. — Les syphilides véritablement *ulcéreuses* du col utérin (1) sont peu communes. Une raison, toutefois, peut contribuer à les faire paraître plus rares qu'elles ne le sont en réalité ; c'est que, dépourvues en général de caractères nettement distinctifs, elles courent grand risque d'être souvent confondues avec des ulcérations vulgaires, non spécifiques.

Elles consistent, d'après quelques cas peu contestables que j'en ai pu observer, en des ulcérations peu profondes, entamant bien le col, mais seulement d'une façon assez superficielle ; — occupant de préférence les parties centrales du museau de tanche ; — variables comme dimensions entre l'étendue d'une amande et celle d'une pièce d'un franc ; — rougeâtres ; — lisses, unies, et différant en cela, par conséquent, des lésions granuleuses que l'on observe souvent au même siège ; — mais ne présentant en somme rien de bien spécial, moins encore rien de pathognomonique. — J'ai vu, dans un cas, une de ces ulcérations, parfaitement reconnaissable à son contour composé d'une série d'arcs de cercle, présenter une teinte d'un blanc opalin qui contrastait singulièrement avec la coloration rosée du col. — Dans un autre cas, une ulcération semblable, rayonnant de l'orifice du col, s'était étendue à presque toute la surface de cet organe.

Lorsque ces lésions affectent soit une teinte, soit une configuration particulière, on a motif pour en soupçonner le caractère spécifique. Mais en bien des cas, je le répète encore, aucun signe quelque peu spécial ne vient éclairer l'observateur, et la nature syphilitique de ces ulcérations ne peut être établie d'une façon rationnelle et probable que sur les considérations suivantes. La plupart des affections ulcéreuses de l'utérus, d'origine inflammatoire, catarrhale ou autre, ont pour caractères habituels de s'accompagner d'une certaine tuméfaction, voire d'une véritable hypertrophie du col, d'une sensibilité morbide de l'organe, de douleurs utérines ou péri-utérines avec irradiations rénales, abdominales, inguinales, etc., de troubles menstruels, d'hémorrhagies, d'écoulements muco-purulents, etc. Or, *les syphilides utérines ne comportent pas cet ensemble de symptômes.* Si donc, sur une femme syphilitique, vous rencontrez une ulcération utérine développée *en l'absence de tout trouble utérin*, tenez par cela même cette

(1) Voy., au musée de l'hôpital Saint-Louis (Collection particulière), une série de pièces relatives à ces lésions.

ulcération pour suspecte. Sans pouvoir encore en affirmer la nature spécifique, méfiez-vous de cet accident; surveillez-le ; proscrivez énergiquement tout rapport, dans la crainte d'une contagion, et attendez que l'évolution ultérieure de la lésion vienne fixer le diagnostic.

Cette évolution, en effet, sera souvent assez significative pour couper court à toute incertitude. Chacun sait quelle marche lente et même chronique affectent les ulcérations inflammatoires ou catarrhales du col. Or, bien différentes à ce point de vue sont les syphilides utérines, même celles de forme ulcéreuse. Cautérisez-les, badigeonnez-les à la teinture d'iode, pansez-les soit avec un topique indifférent (tel que l'oxyde de zinc), soit avec un tampon de charpie imbibée d'une solution faible de nitrate d'argent, et *très rapidement* en général vous verrez ces ulcérations se modifier, se réparer, rétrocéder, finalement aboutir à cicatrisation. Une résolution aussi singulièrement hâtive constitue presque un critérium qui permet d'affirmer, sans grand risque d'erreur, la spécificité de ces lésions.

COMPLICATIONS. — Souvent, très souvent, les syphilides vulvaires, cutanées ou muqueuses, se produisent et évoluent à froid, sans rayonnement périphérique, c'est-à-dire en laissant indifférents les tissus qui les supportent ou qui les avoisinent. Mais en certains cas, inversement, elles provoquent autour d'elles des phénomènes de réaction locale et d'irritation symptomatique. Elles aboutissent alors à constituer des *complications* plus ou moins intenses, plus ou moins sérieuses, suivant les cas.

En quoi consistent ces complications?

I. — La plus simple de toutes, et aussi la plus commune, est ce qu'on peut appeler l'**érythème de voisinage**. Elle consiste en ceci : Au pourtour des syphilides et dans une étendue variable, production d'une aréole rougeâtre, sub-inflammatoire, sorte de fluxion vulvaire périphérique. Rien de sérieux à cela, rien qui nécessite des soins spéciaux.

II. — Mais souvent aussi cette aréole inflammatoire se transforme en un véritable **intertrigo**, plus rouge qu'un érythème simple, notablement prurigineux, extensif, et susceptible d'envahir toute la vulve, le périnée, les régions génito-crurales, la face interne des cuisses, etc.

De plus, incessamment baigné par des sécrétions irritantes, cet intertrigo peut se compliquer à son tour, s'exulcérer par îlots, s'enflammer, bourgeonner, et se convertir en de vastes nappes érosives, rougeâtres ou livides, suppurantes, douloureuses, sillonnées de fissures ou *rhagades* parallèlement aux plis tégumentaires.

III. — Fréquemment encore l'inflammation symptomatique des syphilides vulvaires se traduit par de l'**œdème**. Cet œdème est particulièrement commun aux grandes et aux petites lèvres.

IV. — Quelquefois aussi le processus phlegmasique, venant à retentir sur le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, détermine de petits **phlegmons circonscrits**, lesquels peuvent (mais rarement) aboutir à suppuration et former des *abcès tubériformes*.

V. — Plus rarement, le retentissement inflammatoire s'exerce sur les ganglions ou sur les cordons lymphatiques. — Les ganglions inguinaux « se prennent » alors, comme on dit vulgairement, se tuméfient et s'indurent, mais en restant presque toujours indolents et aphlegmasiques. Ils constituent de la sorte des *adénopathies* froides, présentant l'ensemble des caractères communs aux bubons syphilitiques, caractères déjà signalés à propos des pléiades chancreuses et que nous retrouverons bientôt en parlant des adénopathies secondaires. — De même les cordons lymphatiques, lorsqu'ils viennent à s'affecter, se tuméfient et s'indurent sans cesser pour cela d'être indolents. Ils offrent le volume et la forme d'une plume de corbeau, et deviennent facilement appréciables au toucher sous les téguments. On peut souvent les suivre avec le doigt dans toute l'étendue de la région génito-crurale sous forme de petites cordes dures, de « bouts de ficelle », qui remontent en diagonale vers la région de l'aine (*lymphangites secondaires*).

VI. — En d'autres cas, il se produit à la vulve une lésion peu connue, non encore décrite, presque spéciale, et sur laquelle en conséquence je dois appeler l'attention.

Cette lésion consiste en une tuméfaction avec *rénitence* singulière des parties, rénitence comme parcheminée, rappelant assez exactement la dureté du sclérème, et que pour cette raison j'ai baptisée du nom d'**induration scléreuse**. — Voici ce qu'on observe.

Les grandes ou les petites lèvres se tuméfient, tout en restant indolentes, acquièrent un volume double, triple ou quadruple de leurs proportions normales, et en même temps *durcissent* d'une façon étrange. La dureté qu'elles présentent dans ces conditions n'est ni celle de la tension œdémateuse qui se laisse déprimer par le doigt, ni celle de l'engorgement inflammatoire à rénitence pâteuse. C'est une sorte de dureté *sui generis*, sèche, élastique, non dépressible, parcheminée ; c'est la dureté du *sclérème*, en un mot, car je ne saurais trouver de comparaison meilleure pour la définir. — Cette rénitence anormale ne fait pas que doubler la base des syphilides ; elle la dépasse, elle la déborde, elle s'étale sur leur périphérie, au point d'envahir partie ou totalité d'une grande ou d'une petite lèvre. — Elle est indolente au toucher, ce qui témoigne de son caractère aphlegmasique. — Enfin, elle s'accompagne souvent, mais non toujours, d'une certaine modification de teinte des parties; les grandes lèvres affectées de la sorte prennent généralement un ton rose sombre, et les petites une coloration d'un rouge assez vif.

Rien de plus étonnant qu'une telle lésion à première vue ; rien

de plus singulier qu'un tel état de la vulve, offrant au toucher des parties absolument rigides, qu'on croirait transformées *en carton* ou en parchemin.

Cette lésion s'observe surtout aux grandes lèvres, qui peuvent être affectées isolément ou toutes deux à la fois. Elle est plus rare sur les nymphes. Quelquefois encore, on la rencontre sur le capuchon du clitoris ou sur le clitoris même, qui prend alors, sans exagération, une véritable dureté de cartilage.

Je ne saurais dire en quoi consistent ces indurations scléreuses. Leur anatomie pathologique n'est ni faite ni même ébauchée. Par analogie, on a quelque droit de supposer qu'elles sont constituées par des lymphangites plastiques sous-cutanées ou sous-muqueuses, lymphangites *réticulaires*, analogues à celles qui déterminent parfois des nappes rénitentes de la peau. Mais ce n'est là qu'une induction théorique.

Ce qu'il y a de certain, c'est que ces indurations scléreuses de la vulve, une fois développées, durent assez longtemps. Elles persistent plusieurs semaines pour le moins avant de se résoudre. J'en ai vu même d'assez étendues ne disparaître qu'après trois ou quatre mois. Mais toujours, plus ou moins lentement, il est vrai, elles arrivent à se résoudre, et je ne sache pas qu'elles soient susceptibles d'un autre mode de terminaison.

VII. — Une résultante commune de toutes les complications qui précèdent consiste en des modifications plus ou moins accentuées des formes naturelles de la vulve.

Ces **déformations vulvaires**, suites de syphilides, comportent des types nécessairement variés suivant les points où elles se produisent. Ce qu'elles présentent de réellement curieux, c'est d'affecter en certains cas des proportions tout à fait extraordinaires, au point de devenir véritablement *monstrueuses*.

On les rencontre sur toutes les régions de la vulve, mais c'est surtout au niveau des lèvres qu'elles prennent les dimensions les plus surprenantes et les aspects les plus bizarres.

Les petites lèvres, par exemple, peuvent s'épaissir et se gonfler d'une façon considérable, s'ériger en crêtes rigides ou s'œdématier en boudins turgescents, distendues qu'elles sont outre mesure par une infiltration séreuse. Il n'est pas rare de voir l'une d'elles ou mêmes toutes les deux constituer d'énormes bourrelets, qui, semblables à des sangsues gorgées de sang, sortent de la vulve et pendent entre les cuisses. Ces bourrelets se tordent parfois sur leur axe, se replient sur eux-mêmes, se tortillent en tire-bouchons, et prennent les formes les plus étranges. Dans un cas des plus curieux, qui a été relaté et figuré par le Dr Spillmann (Thèse inaugurale, 1869), j'ai vu une petite lèvre, énormément tuméfiée et déformée par une infiltration scléro-œdémateuse, constituer au-devant de la vulve une

tumeur piriforme, du volume d'une grosse poire d'Angleterre. Cette tumeur fermait absolument la vulve, masquait les grandes lèvres, et figurait un nouvel organe, une sorte de production anormale appendue à la région. Il nous fallut y regarder à plusieurs fois pour nous rendre compte de la disposition anatomique des parties et pour reconnaître une des petites lèvres dans cette sorte de polype prévulvaire.

Plus souvent encore ce sont les grandes lèvres qui subissent ces altérations de forme. Elles deviennent parfois *gigantesques*, à savoir de la grosseur d'une tranche de melon, d'un citron, d'une orange! Lorsque l'une d'elles seulement est affectée de la sorte, elle forme une tumeur qui chevauche sur la lèvre opposée et oblitère complètement la vulve. Si toutes deux sont prises de compagnie, elle s'accolent l'une à l'autre, se compriment et s'aplatissent réciproquement par leurs faces opposées, de façon à figurer exactement, à la fois comme volume et comme forme, *deux côtes de melon* séparées par un sillon vertical.

Quand ces déformations atteignent un aussi haut degré, elles arrivent sans peine à primer comme importance les lésions originelles dont elles ne sont qu'un résultat, qu'un épiphénomène. Elles *survivent* d'ailleurs aux syphilides qui les ont provoquées et persistent toujours un temps assez long. Sont-elles d'origine inflammatoire ou œdémateuse, elles peuvent disparaître en quelques semaines; mais résultent-elles d'une infiltration scléreuse, elles ne demandent pas moins de deux, trois ou quatre mois, voire quelquefois davantage, pour s'effacer complètement.

Enfin, pratiquement, ce qu'il importe de savoir, c'est que de telles lésions, si considérables, si monstrueuses qu'elles puissent être, ne comportent *aucune gravité*. Elles ne sont jamais que passagères; elles arrivent toujours à se résoudre et à laisser se rétablir les formes naturelles de la vulve. Il n'y a donc pas lieu de s'en effrayer. Il n'y a pas lieu surtout d'instituer contre elles un traitement chirurgical, comme je l'ai cependant vu faire en deux regrettables circonstances. Ce serait folie — et cette folie néanmoins a été commise — d'attaquer par une opération quelconque, d'exciser ou même de cautériser ces intumescences vulvaires résultant de néoplasmes spécifiques, d'œdème, d'infiltration scléreuse, etc. Car, je le répète encore, ces intumescences, ces déformations se résolvent et s'effacent *toujours* sous l'influence des traitements les plus simples. Il suffit pour les guérir d'un peu de temps (plus ou moins, suivant les cas) et de beaucoup d'hygiène, avec quelques soins combinés de la façon suivante : repos ; — bains répétés coup sur coup, de deux jours l'un environ; — ablutions, injections vaginales fréquentes; — pansements assidus, dirigés contre les syphilides, cause originelle de ces complications ; — applications résolutives ou, si besoin est, légers badigeonnages à la teinture d'iode sur les parties affectées d'engouement

chronique ou d'induration persistante, etc. — Cela, aidé de la médication générale, suffit amplement, dans tous les cas, à faire justice des divers accidents dont je viens de parler.

SYPHILIDES MUQUEUSES GÉNITALES CHEZ L'HOMME.

Les détails que je viens de consacrer aux syphilides génitales de la femme me permettront d'être bref sur les syphilides génitales de l'homme, car celles-ci sont calquées sur celles-là, à cela près de quelques différences de second ordre.

D'abord, de même que chez la femme, les régions cutanées des organes génitaux masculins sont très souvent le siège de syphilides de modalité sèche, à savoir de taches érythémateuses ou érythémato-squameuses, de papules de toutes dimensions, de papulo-squames, de papulo-croûtes, etc. — Il y a plus même. C'est que des syphilides de cet ordre peuvent également se montrer sur le département muqueux ou semi-muqueux de la région. Ainsi, il n'est pas rare — tout spécialement chez les sujets circoncis ou à prépuce court — de rencontrer sur le gland de simples taches érythémateuses (*roséole du gland*) ou bien des papules absolument sèches.

En second lieu, les syphilides muqueuses de cette région se présentent sous les *quatre types usuels* des syphilides muqueuses, à savoir : le type *érosif* ; — le type *papulo-érosif*; — le type *papulo-hypertrophique* ; — et le type *ulcéreux*.

A la vérité, ces divers types sont très inégaux comme fréquence et se différencient à cet égard de ce qui est d'observation chez la femme. Je précise.

I. **Type érosif.** — De tous le plus commun. Celui-ci s'observe avec une extrême fréquence sur tous les départements des organes génitaux masculins. — Il a, de plus, quelques sièges de prédilection par excellence, à savoir : en première ligne, la rainure glando-préputiale, puis la surface du gland, et la muqueuse préputiale.

Il se caractérise par ces petites lésions érosives, superficielles, plates, rouges, souples de base, etc., que j'ai suffisamment décrites chez la femme pour n'avoir plus à y revenir.

Ces lésions sont plus ou moins nombreuses suivant les cas. Généralement on en trouve plusieurs (quatre, cinq, six, par exemple) sur le gland, la rainure et le prépuce. Mais elles peuvent se réduire à trois, à deux, voire parfois à une seule.

Assez habituellement, elles sont facilement reconnaissables à leur petite taille (dimension d'une lentille, en général), à leur contour bien défini, à leur orbicularité, à leur couleur rouge, etc. Mais il faut savoir que tous ces caractères sont sujets à variétés. Ainsi, à n'en prendre qu'un seul comme exemple, leur configuration est loin

d'être toujours régulière et cerclée. Elle se présente parfois tout autre, comme dans les deux conditions suivantes :

1° Alors que ces lésions siègent sur l'anneau inférieur du prépuce, notamment chez les sujets à prépuce étroit. — Là, en effet, elles affectent généralement la forme de longues *fissures* dirigées suivant l'axe de la verge et semblables à des gerçures, à des rhagades sanguinolentes, qui se déchirent à chaque tentative que fait le malade pour découvrir le gland. — Nulle différence possible à établir entre de telles lésions et des lésions d'ordre vulgaire, telles, par exemple, que les fissures du phimosis diabétique.

2° Alors que ces lésions siègent avec une certaine confluence sur a rainure glando-préputiale. — Et cela, parce que, si peu qu'elles y soient négligées, elles ne tardent pas à se compliquer d'érosions inflammatoires, balanitiques, qui s'unissent à elles et se confondent avec elles. Leur configuration propre se trouve alors complètement altérée dans cette sorte de lésion *mixte*, où, pour le dire par avance, il devient impossible de distinguer ce qui revient à la syphilis et ce qui lui est étranger.

Diagnostic. — Aussi bien, en nombre de circonstances, le diagnostic de ces syphilides érosives devient-il très délicat, si ce n'est même impossible quelquefois. — Pratiquement, trois lésions se présentent ici à différencier des syphilides érosives, à savoir :

1° Les *éraillures* ou écorchures traumatiques, qui sont si communes aux organes génitaux. — Elles peuvent absolument simuler les syphilides érosives. Généralement, toutefois, elles s'en différencient par leur configuration non régulière, non arrondie, tout au contraire effilée, allongée, à la façon d'une rupture traumatique.

2° L'*herpès*, qui parfois est un véritable Sosie pour les syphilides érosives de cette région. Le plus souvent, néanmoins, il s'en distingue par les caractères suivants : vésiculation initiale, en bouquet, avec ou sans vésicules aberrantes ; — persistance possible, à sa période érosive, de quelque vésicule en retard sur le gros de l'éruption primitive ; — multiplicité possible de lésions, parfois presque caractéristique ; — ténuité habituelle de certaines érosions isolées, dites miliaires, ne dépassant guère les dimensions d'une tête d'épingle ; — et surtout, par-dessus tout, *microcyclisme* de contour, signe précieux et souvent décisif sur lequel j'ai assez longuement insisté ailleurs (Voy. page 83) pour n'avoir plus qu'à l'énoncer ici.

3° Les *érosions balanitiques*, qui, elles aussi, sont merveilleusement faites pour simuler les érosions secondaires, comme aussi pour être simulées par elles. Elles ne s'en différencient guère que par des nuances objectives, à savoir : en ce qu'elles sont généralement plus nombreuses ; — plus étendues de surface ; — plus irrégulières de forme, sinueuses et véritablement *géographiques* de contour ; — plus rouges, plus carminées. Ajoutez qu'elles s'accompagnent d'une rou-

geur plus générale de toute la région et d'une suppuration plus abondante. C'est dire, en un mot, qu'elles sont de *type plus inflammatoire.*

Pronostic. — **Danger considérable de ces insignifiantes syphilides érosives au point de vue de la contagion.** — Par elles-mêmes, ces syphilides érosives génitales n'ont aucune importance; car ce sont des lésions très facilement et très rapidement curables. Mais, à un autre point de vue, il s'y rattache un intérêt considérable, de premier ordre. C'est qu'en effet ce sont là des lésions *essentiellement dangereuses pour autrui.* Et, si elles sont dangereuses par excellence pour autrui, elles le doivent précisément — qu'on comprenne bien ceci — à leur bénignité même et à leur insignifiance comme lésions. D'une part, elles peuvent facilement passer *inaperçues*, n'être même pas remarquées; et, d'autre part, alors même qu'elles sont remarquées, elles peuvent être *dédaignées* au titre d'inoffensifs bobos. Aussi bien les malades affectés de tels accidents s'exposent-ils sans défiance à les transmettre, et de là des contagions multiples issues de cet ordre de lésions.

Je l'ai dit bien souvent et ne me lasserai jamais de le répéter, **ce sont les accidents les plus légers de la période secondaire qui sont les plus dangereux au point de vue de la contagion.** En particulier, ce sont de tels accidents qui servent d'origine la plus fréquente aux contagions qui se produisent dans le mariage. Et cela se conçoit de reste. Un mari, en effet, ne contagionne pas sa femme à la façon dont une prostituée, qui se sait malade, contagionne un passant; il ne lui transmet jamais la syphilis que par ignorance de son mal ou ignorance sur la qualité de son mal, c'est-à-dire par mégarde ou par surprise. Donc, il ne peut la lui transmettre que par l'intermédiaire d'accidents assez bénins, assez minimes, pour qu'il ait pu ou bien n'en avoir pas notion ou bien n'en pas soupçonner la nature.

Cela est tellement vrai que des maris prévenus des dangers qu'ils pouvaient faire courir à leur femme, aussi attentifs que possible à leur état de santé, s'observant, se surveillant avec une consciencieuse rigueur, ont pu se laisser surprendre par des accidents de l'ordre en question. Que dis-je! Des médecins même, juges autrement compétents, n'ont pas échappé à ce danger spécial dans leur ménage. A preuve, entre autres exemples que j'aurais à citer, la navrante aventure d'un de nos plus éminents confrères qui, en dépit d'une surveillance méticuleuse exercée sur lui-même, n'en a pas moins abouti à contagionner sa femme par le fait d'une minuscule érosion génitale ne dépassant pas comme étendue le diamètre d'une tête d'épingle (1)!

(1) Ce fait est trop instructif pour que je ne lui accorde pas place ici. Le voici, en quelques mots.

Un médecin des plus distingués, un de ces hommes qui honorent notre profes-

II. **Type papulo-érosif.** — Infiniment moins commun que le précédent, il ne laisse pas cependant de se présenter de temps à autre soit sur le fourreau, soit sur le gland et la rainure glando-préputiale.

Sa caractéristique est exactement celle que j'ai décrite à propos de la même forme chez la femme; je ne m'arrêterai donc pas à la reproduire. — Une seule mention est due ici à la variété *diphthéroïde*, laquelle s'observe quelquefois avec les papules du gland et de la rainure. Ces papules se présentent alors avec une teinte opaline, blanchâtre ou même parfois d'un blanc mat, d'un blanc porcelanique (papules dites *porcelaniques*). Un beau spécimen du genre a été déposé par M. le Dr Besnier au musée de l'hôpital Saint-Louis.

III. **Type papulo-hypertrophique.** — Tout à fait exceptionnel. Il n'a guère été observé qu'au niveau de la rainure, chez des sujets étrangers à tout soin de propreté.

IV. **Type ulcéreux.** — De fréquence tout au plus moyenne. — Appartient surtout aux étapes avancées de la période secondaire.

Très curieux et très important, au point de vue doctrinal, en raison de son excessive analogie objective avec le chancre simple. Il me faudrait répéter ici mot pour mot ce que j'en ai dit à propos des syphilides de même forme chez la femme, notamment en ce qui concerne les éléments et les difficultés de ce diagnostic différentiel. Je ne ferai qu'y renvoyer le lecteur (Voy. pages 445 et suiv.).

Syphilides muqueuses du scrotum et des régions périgénitales.

Très communes sur ces différents points et tout particulièrement sur le scrotum. — Identiques, comme modalités objectives, à toutes celles des organes génitaux. Je m'abstiendrai donc de les décrire et

sion autant par leur caractère que par leur talent, contracte la syphilis dans l'exercice de son art. Marié, il prévient sa femme aussitôt et s'observe avec un soin méticuleux. Chaque jour, matin et soir, il s'examine avec le plus grand soin. Et cependant, en dépit de toute sa vigilance, il n'aboutit pas moins à contagionner sa femme. D'ailleurs, écoutons-le nous raconter lui-même son malheur, dans une lettre qu'il m'a adressée à ce sujet.

« ...Un matin de l'année dernière, je fus épouvanté de constater à mon réveil, sur la rainure du gland, une petite tache à peine apparente, de la largeur d'une lentille, sèche dans presque toute son étendue, et seulement excoriative à son centre dans une surface comparable à une *tête d'épingle*. Je fus épouvanté, vous dis-je, parce que, dans la nuit même qui précéda cette découverte, j'avais eu un rapport avec ma femme. Et cependant je m'étais examiné, comme de coutume, la veille au soir... Or, ce fut cette misérable tache, cet insignifiant *bobo*, qui contagionna très certainement ma pauvre femme. Car, dans le délai classique, c'est-à-dire trois semaines plus tard, elle commençait à sentir « un bouton » à la vulve, et ce bouton devint un chancre... Que mon exemple ne soit pas perdu! Profitez-en, vous, mon cher ami, qui vous occupez d'études spéciales, pour bien dire à ceux qui vous écoutent comment peut se produire la contagion dans le mariage, pour les convaincre que cette contagion peut s'exercer par la lésion la plus légère, la plus inoffensive, assez inoffensive, assez légère pour avoir pu tromper l'œil défiant d'un mari honnête homme et d'un praticien attentif et prévenu... »

me bornerai seulement à relever ici quelques particularités qui leur sont afférentes. A noter, par exemple :

1° La fréquence véritablement remarquable des **formes circinées** sur le scrotum. Il est absolument commun (sans qu'on en puisse donner la raison) de rencontrer sur les bourses des syphilides de modalité circinée, sous forme d'anneaux, de segments de cercle ou, plus rarement, d'arceaux conjugués. Cette configuration peut échapper à un examen superficiel, en raison de l'état de retrait des téguments, mais elle devient tout aussitôt des plus évidentes quand on prend soin d'étaler les bourses et de les maintenir tendues quelques instants.

2° Une certaine tendance des syphilides scrotales à prendre la **forme eczématoïde**, et cela, sans doute, par addition de phénomènes inflammatoires, production d'un érythème desquamatif devenant bientôt exulcéreux, et incrustation superficielle des téguments au pourtour des lésions spécifiques. Il est de la sorte certaines syphilides scrotales qu'au premier abord il serait facile de prendre pour de simples eczémas de la région.

3° L'aspect quasi-**éléphantiaque** et véritablement hideux qu'est susceptible d'affecter le scrotum sous l'influence de complications inflammatoires issues de syphilides longtemps négligées. Ces syphilides, d'une part, ne tardent pas à former là des nappes hypertrophiques ; puis, d'autre part, les téguments s'enflamment secondairement, rougissent, prennent une teinte érysipélateuse, s'exulcèrent, s'ulcèrent, se fendillent, se crevassent ; — le tissu cellulaire alors s'œdématie ; — et les bourses, finalement, deviennent énormes, en même temps que de leur surface sourd en abondance une sérosité sanieuse, laquelle ou bien se concrète en croûtes jaunâtres, brunes, sanguinolentes, ou bien se répand sur la chemise et le pantalon. — Inutile de dire que les malades affectés de la sorte exhalent une odeur infecte.

Un autre détail régional assez curieux, qui se produit souvent dans les mêmes circonstances, consiste en l'**hypertrophie du raphé périnéal**, lequel, violemment enflammé et hyperplasié, aboutit à former une crête surélevée, rouge, érodée, fissurée et suintante. On a vu cette crête mesurer un demi-centimètre, 1 centimètre et jusqu'à 2 centimètres et demi de hauteur (Mauriac).

4° A noter encore l'aspect assez particulier que prennent les syphilides muqueuses sur les deux points suivants :

Au niveau du *pli péno-scrotal*, elles forment généralement une lésion papuleuse arrondie, qui se présente divisée en deux moitiés, « *coupée en deux* », comme disent les malades, par un sillon transverse assez creux et parfois même profondément ulcéreux. Ce sillon, qui correspond exactement au pli péno-scrotal, est disposé en forme de V, dont les deux branches, adossées dans l'attitude pendante de

la verge, s'écartent et divergent quand on vient à relever l'organe.

Autre particularité objective au niveau du *sillon scroto-fémoral*, qui est l'une des régions où les syphilides pullulent le plus volontiers et tendent très souvent à la forme hypertrophique. Il se constitue là de vastes **nappes muqueuses** surélevées, végétantes, épaisses comme des macarons, suintantes, sécrétant un ichor fétide, et véritablement hideuses d'aspect. Ces gros mamelons bourgeonnants se prolongent parfois en larges bandes jusqu'au niveau des aines, non sans déborder sur les régions voisines. De plus, ils sont généralement divisés sur leur parcours par un ou plusieurs sillons parallèles au pli scroto-fémoral, sillons excavés, ulcéreux, et pouvant mesurer jusqu'à 1 centimètre de profondeur.

Complications. — **Balano-posthite secondaire**. — Les complications possibles de toutes ces variétés de syphilides ne sont et ne sauraient être d'un autre ordre que celles dont j'ai longuement parlé à propos des syphilides de même siège chez la femme. Je n'y reviendrai donc pas. Une seule, dérivant de dispositions anatomiques propres à l'homme, doit trouver place ici ; elle consiste dans ce qu'on a appelé la *balano-posthite secondaire*, ou balano-posthite symptomatique de lésions secondaires du prépuce et du gland.

Cette balano-posthite secondaire est susceptible de nombre de formes et de degrés.

D'abord, elle peut être *partielle*. Tels sont les cas où elle se localise exclusivement à la rainure glando-préputiale, pour déterminer là et rien que là une suffusion inflammatoire, semée d'une série de petites érosions qui s'associent aux syphilides de la région et se confondent avec elles.

Puis, elle peut être *générale*, et alors elle affecte des formes très diverses, qu'on peut grouper artificiellement sous trois chefs, de la façon suivante :

1° *Forme bénigne*. — De toutes la plus commune, et de beaucoup. Très généralement, en effet, la balano-posthite secondaire n'est qu'une balano-posthite *médiocrement inflammatoire*, bien moins inflammatoire que la plupart des balano-posthites d'autre origine. Elle se produit presque sans rougeur tégumentaire et sans douleurs. Elle ne détermine qu'un écoulement de peu d'importance et une tuméfaction préputiale assez légère pour permettre au gland de se découvrir. Quelquefois même, ce qu'elle produit est moins un œdème véritable qu'une sorte d'empâtement mollasse du prépuce.

2° *Forme moyenne*. — C'est la précédente avec exagération de tous les symptômes, et notamment avec phimosis. — Déjà beaucoup plus rare.

3° *Forme intense*, tout à fait exceptionnelle, correspondant à la balano-posthite suraiguë vulgaire, dont je n'ai pas à décrire les symptômes bien connus

En dépit de son acuité, cette forme n'en aboutit pas moins à une résolution complète et rapide, si elle est soumise en temps propice à un ensemble de soins convenables. — Au contraire, négligée, abandonnée à son évolution propre, elle devient naturellement susceptible de toutes les conséquences usuelles de l'affection, telles que perforations plus ou moins étendues du prépuce par sphacèle. On a même cité un certain nombre de cas où le processus sphacélique a intéressé une notable portion du prépuce et du gland.

M. Mauriac dit avoir observé « deux ou trois fois en pareille occurrence le sphacèle de toute la verge, dont il ne restait plus qu'un moignon au ras du pubis ». Ce ne sont là, à coup sûr, que des cas absolument exceptionnels.

Traitement. — La spécificité d'origine ne modifie en rien le traitement de cette balano-posthite spécifique, qui reste celui de la balano-posthite vulgaire. C'est dire que ce traitement, dont je n'ai à indiquer ici que les grandes lignes, devra consister en ceci :

1° Bains généraux, plus ou moins répétés et plus ou moins prolongés suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires. — Dans les cas graves, bains quotidiens, de deux à trois heures.

2° Bains locaux, renouvelés deux ou trois fois par jour, et chaque fois pour une durée de 15 à 20 minutes, dans une décoction tiède de guimauve.

3° Fomentations autour de la verge, avec compresses à demeure imbibées d'eau de guimauve, d'eau blanche, d'eau boriquée.

4° Et surtout, par-dessus tout (car c'est là le moyen héroïque), *irrigations sous-préputiales.* Ces irrigations seront pratiquées à l'aide d'une sonde de caoutchouc rouge (n° 14), introduite sous le prépuce et conduite jusqu'au niveau du cul-de-sac glando-préputial. On y procédera par séries de deux ordres, à savoir :

D'abord, une irrigation simplement détersive (dite vulgairement irrigation *de balayage*), composée d'eau boriquée ou d'eau bouillie. Cette irrigation devra être continuée jusqu'à ce que le liquide de retour sorte limpide de la cavité préputiale.

Puis, immédiatement à la suite de la précédente, une irrigation modificatrice ou médicamenteuse, composée d'un à deux verres à bordeaux d'une solution de nitrate d'argent (1 à 2 grammes pour 100, suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires). — Nombre d'autres agents modificateurs ont été proposés, mais nul ne m'a jamais paru valoir le nitrate d'argent comme activité résolutive.

Cette double série d'irrigations sera répétée, suivant les cas, deux ou trois fois par jour. — Dans les cas moyens, deux irrigations médicamenteuses suffiront, l'une pratiquée le matin, et l'autre le soir, avec irrigation simplement détersive au cours de la journée.

A une époque ultérieure, alors que le malade pourra librement découvrir le gland (et cela sans danger d'impossibilité de retour du

prépuce, c'est-à-dire sans risque de paraphimosis), on substituera aux irrigations une méthode tout autre, à savoir le simple *isolement* des surfaces. Cet isolement sera réalisé comme il suit : après lavage et asséchement des parties, aspersion d'une poudre isolante quelconque (oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, talc, etc.) sur toutes les érosions ; — puis, interposition d'une mince lamelle d'ouate entre le gland et le prépuce. — Pansement à renouveler trois fois dans les vingt-quatre heures.

Inutile de dire que ce dernier mode de pansement sera le seul à mettre en œuvre si le malade peut découvrir le gland dès le début.

Quelquefois, aussi, on pourra hâter la cicatrisation par quelques attouchements légers au crayon de nitrate d'argent sur les parties exulcérées, qu'on recouvrira ensuite d'une couche d'ouate.

Repos au lit pour quelques jours, dans les cas un peu intenses.

Enfin, il n'est pas rare que, la guérison faite, le phimosis persiste, en raison d'un certain degré d'épaississement du prépuce et de rigidité de l'anneau inférieur. Mais cela n'est jamais que provisoire. Comme les tissus n'ont pas été entamés et n'ont pas subi de perte de substance, ils finissent toujours par reprendre leur souplesse, de façon à permettre au gland de se découvrir.

Syphilides anales et péri-anales.

Je rapprocherai immédiatement du groupe qui précède les syphilides anales et péri-anales, qui coïncident très fréquemment avec les syphilides génitales et qui même, chez la femme, se confondent souvent avec elles.

Communes dans les deux sexes, mais plus communes notablement chez la femme, elles affectent des sièges divers, à savoir : soit l'anus même ; — soit la marge de l'anus ; — soit les régions interfessières.

Voyons comment elles se présentent sur ces divers points.

I. — A l'anus, c'est presque exclusivement, chose curieuse, une seule modalité qu'on observe, à savoir la modalité *érosive*.— La papule y est tout à fait exceptionnelle ; — la forme hypertrophique y fait absolument défaut ; — et la forme ulcéreuse ne s'y rencontre que rarement.

L'érosion secondaire anale peut se montrer à découvert sur un mamelon, sur une saillie de la muqueuse anale. Mais le plus souvent elle reste en ce point *larvée* ou *semi-larvée*. C'est-à-dire que, de deux choses l'une :

Ou bien elle se dérobe complètement à la vue parce qu'elle se réfugie au fond même de l'interstice de deux bourrelets contigus. Dans ce cas, il faut, pour la découvrir, *déplisser* l'anus, et alors on l'aperçoit sous forme d'une érosion allongée, effilée, presque linéaire ou tout au plus large comme un grain d'avoine. Elle est donc essen-

tiellement **fissuraire**, c'est-à-dire identique d'aspect à la fissure anale commune.

Ou bien, plus étendue de surface, elle occupe les parois contiguës de deux mamelons voisins, dans tout ou partie de leur relief. Elle se compose alors de deux segments érosifs ou ulcéreux, lesquels restent adossés et en partie larvés à l'état de repos des parties, mais s'écartent à la façon des feuillets d'un livre lorsqu'on vient à tendre et à déplisser la région.

Généralement elle a une teinte d'un rouge vif, purpurin, carminé. Mais, d'autres fois, elle se présente avec une couleur grisâtre, gris jaunâtre ; d'autres fois encore, alors qu'elle siège au niveau de veines dilatées, hémorrhoïdaires, elle prend une teinte livide, bleuâtre, lie de vin, violacée.

Naturellement, elle est sensible, douloureuse, parce qu'elle est irritée et même parfois déchirée par les selles. Les malades ne manquent pas de s'en plaindre. Toutefois, elle n'est jamais que *modérément douloureuse*, surtout par rapport à la fissure spasmodique, laquelle est célèbre par ses atroces angoisses à la suite des selles.

Elle ne guérit qu'au prix d'un traitement topique, qui exige souvent une réelle assiduité de soins, à savoir : asepsie locale ; — balnéation ; — lotions fréquentes avec liqueur de Labarraque coupée d'eau ; — interposition méthodiquement faite (donc faite par une main médicale) d'une légère couche d'ouate entre les parois érosives contiguës et jusqu'au fond de leur sillon terminal. — Prévenir la constipation. — Avoir soin de faire précéder chaque selle d'un lavement huileux, en vue de diluer les matières et d'éviter les déchirures mécaniques au moment de la défécation.

Toutefois, certaines érosions anales de forme fissuraire sont trop *érélhiques* pour supporter les pansements secs, et ne tolèrent que les pansements graisseux. On aura recours contre elles à l'emploi de petites mèches enduites de pommades à l'iodoforme (1 gramme pour 10 grammes de vaseline), au calomel, à l'oxyde de zinc, à la belladone, à l'extrait thébaïque, etc.

Souvent encore on a eu à se louer de cautérisations très légères pratiquées sur le fond du sillon érosif avec la pointe aiguë d'un crayon de nitrate d'argent. — Panser ensuite la lésion avec une petite couche d'ouate hydrophile imbibée d'une solution de cocaïne.

II. — Les **régions péri-anales**, **périnéale** et **interfessière** constituent de véritables sièges de prédilection pour les syphilides muqueuses, qui pullulent en abondance sur ces divers points et avec toutes leurs formes, depuis l'érosion simple jusqu'aux grosses masses hypertrophiques en macarons, en champignons. Les caractères objectifs de ces lésions sont là exactement identiques à ceux des syphilides génitales, avec lesquelles d'ailleurs, chez la femme, elles se conti-

nuent et se confondent fréquemment. Ils nous sont connus par ce qui précède. Je ne ferai donc que relever ici certains de leurs détails régionaux. Ainsi :

Les syphilides muqueuses de la marge de l'anus prennent assez fréquemment l'aspect de longues *fissures*, étroites et effilées, qui se logent dans les plis anaux, au fond même des sillons que déterminent ces plis. Elles sont alors inapparentes à première vue, et il faut, pour les apercevoir, déplisser la région.

En d'autres circonstances, la marge de l'anus devient le siège d'une lésion assez singulière. Sous l'influence de l'irritation développée par ces syphilides, le derme et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient, se condensent, s'épaississent. Il en résulte que les plis de l'anus se transforment en de gros bourrelets, durs, résistants, que séparent les uns des autres des sillons fissuraires ou ulcéreux. Cette dernière lésion, d'aspect assez étrange, a reçu le nom d'**hypertrophie radiée** des plis de l'anus.

De même, il arrive parfois que, dans des conditions identiques, le raphé médian du périnée s'hypertrophie et se transforme en une sorte de *crête* antéro-postérieure, saillante de plusieurs millimètres, rougeâtre, d'une consistance très ferme, parfois même d'une véritable dureté cancroïdienne.

Enfin, il n'est pas impossible que les syphilides interfessières se localisent en un point spécial, à savoir sur le trajet de la ligne courbe qui limite l'adossement réciproque des deux fesses. Elles dessinent alors sur chaque fesse un véritable *croissant* rubané à convexité postérieure, mesurant 6, 8, 10 centimètres verticalement sur une largeur de 1 centimètre environ. Très bizarres d'aspect, ces deux croissants tranchent fortement par leur couleur d'un rouge intense sur la peau saine des fesses. Ils sont constitués ou bien par une bande d'intertrigo érosif ou bien par une sorte de ruban papuleux à surface érosive.

Diagnostic. — **Dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique.** — Au point de vue diagnostique, une seule particularité, mais celle-ci très importante, se présente à relever. Elle a trait à une lésion encore non décrite qui peut simuler d'aspect au plus haut degré les syphilides papulo-érosives péri-anales et à laquelle j'ai donné le nom de *dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique*.

Je ne saurais dire encore comment et sous quelle forme débute cette lésion. Toujours est-il qu'à l'état adulte elle est constituée par une nappe papulo-érosive, bourgeonnante, rosée, qui se produit sur la marge de l'anus, en contact ou à légère distance de l'anus.

Cette nappe occupe tout ou partie de la marge anale. Dans un cas, par exemple, elle figurait un croissant qui, situé à la région antérieure de l'anus, mesurait environ 6 à 7 centimètres de l'une à l'autre de ses

cornes, sur une largeur de 2 à 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

Elle est élevée en plateau, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres environ, à cela près de quelques mamelons partiels un peu plus proéminents.

Elle est rosée ou rougeâtre de surface. Son aspect n'est ni arborescent, ni papilliforme à la façon des végétations dites en chou-fleur. C'est celui d'une surface papuleuse, irrégulière, tantôt plane et lisse, tantôt inégale et mamelonnée. On dirait cette production formée par un tissu de bourgeons charnus agminés en nappe et, d'autre part, divisés en îlots par une série de sillons fissuraires, dont la plupart sont radiés et convergents vers l'anus.

Sèche sur quelques points, elle est érosive et suintante sur la plus grande partie de sa surface.

Au toucher, elle n'offre pas de résistance. Elle est même plutôt mollasse et ne donne que la sensation d'un épaississement de tissu.

On peut la dire indolente au palper. Mais, elle donne lieu spontanément à une certaine ardeur locale, avec sensation de brûlure et de démangeaisons, surtout à la suite des selles.

Bref, d'aspect, cette lésion n'est autre qu'une plaque ou une nappe de syphilide papulo-érosive. Sa physionomie est non pas analogue, mais *absolument identique* à celle des syphilides papuleuses de la région péri-anale. Impossible, au premier coup d'œil, comme après mûre analyse des détails objectifs locaux, de ne pas prendre cette lésion pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une manifestation de syphilis. Tout le monde s'y trompe, et, je ne crains pas de répéter le mot, *il est impossible qu'on n'y soit pas trompé*, de par les signes d'objectivité.

Seuls, les commémoratifs et les éléments du diagnostic rationnel sont capables de redresser l'erreur. A savoir :

D'une part, antécédents d'incurie chronique, de saleté locale habituelle, d'irritations locales fréquemment renouvelées sous forme de cuissons, de démangeaisons, d'érythème, d'intertrigo, etc.

D'autre part, absence absolue de tout antécédent de syphilis soit acquise, soit héréditaire ; — et absence absolue de tout symptôme syphilitique actuel.

Il suit donc de là : 1° que cette lésion ne saurait être rattachée à la syphilis ; — et 2° qu'elle constitue une lésion *vulgaire*, non spécifique, laquelle ne peut être qu'une *dermite* simple, issue de causes banales, issue d'irritations locales, dont la plus habituelle et la plus active semble être la saleté. Et, en effet, dans tous les cas que j'en ai observés, cette lésion s'était produite soit sur des enfants, soit sur des jeunes gens d'une insigne malpropreté habituelle. — Les approches sodomiques peuvent-elles réclamer une part dans l'étiologie de l'affection, en tant que causes d'irritation locale ? C'est à croire rationnellement,

et me semble en avoir eu la preuve dans un cas qui s'est présenté à moi tout récemment.

On comprend l'intérêt médico-légal qui se rattache à cette dermite pseudo-syphilitique, laquelle peut donner lieu à des soupçons divers, notamment à des transmissions de syphilis. Et, en effet, la première fois que je l'ai dépistée, il ne s'agissait rien moins que d'une affaire criminelle, où un détenu était accusé d'attentat à la pudeur sur la personne d'un jeune enfant de huit ans, et cela en raison même d'une lésion de cet ordre, lésion qui avait été considérée comme le témoignage d'une contamination vénérienne (1).

Il est donc d'importance majeure que le médecin enregistre bien cette notion en ses souvenirs, à savoir : *qu'il peut se produire au voisinage de l'anus, spécialement chez les jeunes sujets, une lésion papulo-érosive, absolument syphilitique d'aspect, laquelle cependant n'est en rien syphilitique et ne constitue qu'une affection banale issue de causes banales, étrangères à la syphilis.*

SYPHILIDES BUCCO-GUTTURALES.

Fréquence. — Sans contradiction possible, ce sont là *les accidents les plus communs de toute la syphilis.* La fréquence en est excessive, énorme. D'une part, en effet, il est bien peu de malades qui, même bien traités, échappent à une ou quelques poussées de plaques muqueuses labiales, linguales ou gutturales. D'autre part, ce sont là des accidents essentiellement sujets à répétition. Et, enfin, il est nombre de malades (les fumeurs spécialement) chez lesquels ils se reproduisent à satiété, non pas seulement pour des mois, mais pour des années.

Nulle parité de fréquence d'un sexe à l'autre. Extraordinairement communes chez l'homme, les plaques muqueuses de la région bucco-gutturale sont infiniment plus rares chez la femme. Et cela pour deux raisons purement locales : 1° parce que la femme a généralement plus soin de sa bouche que l'homme ; — et 2° parce que la femme ne fume pas. — Tout naturellement, donc, les femmes qui fument rentrent dans la loi commune et sont exposées presque au même degré que l'homme aux accidents buccaux de la syphilis. J'ai vu, sur une jeune femme, qui avait contracté en Orient l'habitude ou plutôt l'abus de la cigarette, les syphilides pulluler à la bouche et récidiver incessamment.

Étiologie. — Les syphilides buccales peuvent être exclusivement spontanées. On les voit se produire sur des sujets qui ne fument pas

(1) Voy. *Pseudo-syphilis, végétation péri-annale simulant la plaque muqueuse hypertrophique.* Rapports médico-légaux par A. Fournier et Jules Socquet. Paris, 1892, J.-B. Baillière.

Deux autres cas de ce genre, observés dans mon service, ont été présentés plus récemment à la Société de médecine légale par mon interne, M. G. Brouardel (1896).

et qui observent la plus rigoureuse hygiène buccale. Mais il est incontestable que, plus que n'importe quel autre accident, elles obéissent dans leur apparition et surtout dans leurs réapparitions parfois extraordinairement multiples à toutes causes d'excitation locale.

Comme causes de cet ordre, citons : en première ligne, le tabac, fumé sous n'importe quelle forme (cigarette, cigare, pipe); — la chique ; — l'alcool ; — l'absence d'hygiène buccale, la malpropreté de la bouche ; — le mauvais état de la dentition, etc.

Siège. — Comme siège, les syphilides bucco-gutturales peuvent affecter tous les départements de la bouche. Mais il est trois points sur lesquels elle sévissent de préférence et qui constituent pour elles de véritables *foyers de prédilection.* Ce sont, par ordre de fréquence :

1° En première ligne, et de beaucoup, la *région amygdalienne* (amygdale proprement dite et portions voisines des piliers du voile palatin);

2° La langue ;

3° Les lèvres (sur leur face muqueuse, bien entendu).

Il est moins fréquent de les observer sur les autres régions de la cavité buccale, telles que : piliers du voile, voile, palais, joues, gencives, plancher de la bouche.

Caractères cliniques. — L'absence de tout caractère spécial, *à fortiori* pathognomonique, pour les plaques muqueuses buccales est un fait qui, bien que négatif, doit être inscrit en vedette de l'exposé qui va suivre. Et cela, parce que journellement l'on entend ou l'on trouve imprimé ceci : « Plaques muqueuses *évidentes* de la bouche, plaques muqueuses *caractéristiques*, *pathognomoniques* », etc. Or, je ne saurais assez vivement protester contre cette prétention de reconnaître la plaque muqueuse de la bouche (comme, d'ailleurs, de n'importe quel siège) de par des caractères objectifs. Oui, sans doute, cette plaque muqueuse offre souvent (non pas toujours) une physionomie qui peut, qui doit même en faire suspecter la spécificité de nature ; mais, quand on va au fond des choses, quand on descend à l'analyse des attributs, on ne trouve pas un signe, *pas un seul*, qui atteste péremptoirement que ladite lésion soit une plaque muqueuse. Il est à la bouche, comme ailleurs, mais plus qu'ailleurs, des affections vulgaires, complètement étrangères à la syphilis, qui prennent absolument le masque, la physionomie des syphilides. A n'en citer qu'un exemple, l'hydroa buccal réalise de merveilleux types de pseudo-plaques muqueuses buccales.

Donc, *il n'est pas permis de dire qu'une lésion buccale soit une plaque muqueuse de par les seuls caractères d'objectivité.* Une telle assertion ne se rencontrera jamais que dans la bouche de médecins n'ayant pas une expérience spéciale de la syphilis. Un syphiliographe de profession sera plus prudent et moins affirmatif. Il suspectera une plaque muqueuse buccale ou autre de par les signes objectifs ; mais

il ne l'affirmera jamais *de visu*, mais il n'en établira formellement le diagnostic que sur un ensemble d'autres signes à propos desquels j'ai déjà eu l'occasion de m'expliquer dans ce qui précède. — C'est là un point, au surplus, sur lequel j'aurai bientôt à revenir, à propos du diagnostic différentiel.

Cela dit comme entrée en matière, abordons les descriptions spéciales.

Formes diverses. — Les syphilides buccales se présentent sous les mêmes formes que les syphilides muqueuses en général. Elles se rattachent toutes aux quatre types primordiaux sous lesquels nous avons rangé les lésions secondaires des muqueuses. Elles consistent donc soit en des érosions simples (*syphilides érosives*) ; — soit en des papules (*syphilides papulo-érosives*) ; — soit en des papules hypertrophiées (*syphilides papulo-hypertrophiques*) ; — soit enfin en des ulcérations (*syphilides ulcéreuses*) (1).

I. — *Premier type :* SYPHILIDE ÉROSIVE. — De beaucoup la plus commune et constituant le type par excellence des syphilides buccales.

La lésion qui la caractérise est véritablement minime. Elle ne consiste qu'en une simple abrasion superficielle et circonscrite du derme muqueux. Détaillons.

C'est une toute petite lésion, mesurant comme surface de quelques millimètres à 1 centimètre carré tout au plus ; — lésion absolument superficielle et plate, c'est-à-dire ne créant ni entamure, ni relief ; — non assujettie à une forme régulière ; assez souvent arrondie, mais souvent aussi ovalaire, allongée, elliptique, quelquefois même fissuraire ; — sans bords, c'est-à-dire sans arête circonférencielle ; — à fond lisse ou très finement grenu ; — à base souple et sans engorgement inflammatoire, de sorte qu'elle paraît simplement déposée sur des tissus sains ; — à coloration très variable, comme nous le verrons par

(1) On a décrit, comme manifestation de syphilis secondaire, un « *érythème vermillon* » du voile palatin. Cet érythème, dit-on, serait notablement précoce, au point de devancer la première invasion des syphilides gutturales. Il aurait pour caractères : 1° une coloration d'un rouge très accentué et de tonalité vermillon ; — 2° une limitation très exacte au bord du voile, dans l'étendue de quelques millimètres, au point qu'on le dirait « tracé par un coup de pinceau ». (Voy. G. Benoist, Thèse de Paris, 1890.)

Je n'ai jamais rien constaté, pour ma part, qui réponde à cette description. Ce que j'ai vu, comme tout le monde, au cours de l'étape secondaire, c'est un certain degré d'érythème guttural, soit prémonitoire de syphilides muqueuses en voie d'éclosion, soit symptomatique de syphilides muqueuses accomplies. Mais cela mérite à peine d'être cité. — Ce que j'ai vu encore quelquefois, c'est un érythème diffus de l'isthme, accompagné ou non d'un léger embarras de la gorge. Mais je n'ai jamais osé rattacher une signification de spécificité à un symptôme de cet ordre qui ne laisse pas d'être assez commun (notamment chez les fumeurs, les alcooliques, les arthritiques, etc.), et qui, je l'affirme, se rencontre souvent chez des sujets indemnes de syphilis. Que la syphilis puisse en être cause, je ne vais pas à l'encontre ; je mets en fait seulement qu'il n'a pas de caractères propres, suffisants à en attester l'origine.

la suite, mais le plus souvent rouge et d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse environnante.

Que l'on se représente par la pensée un vésicatoire en miniature du derme muqueux, vésicatoire ne dépassant pas l'étendue d'une lentille, d'un haricot, d'une petite amande, et l'on aura une image à peu près exacte de ce qu'est la syphilide érosive buccale.

II. — *Second type :* SYPHILIDE PAPULO-ÉROSIVE. — Moins commune que la précédente. — Elle ne diffère de celle-ci que par une particularité de configuration, à savoir l'exhaussement. C'est une syphilide érosive en saillie, faisant relief.

Et de deux choses l'une : tantôt cet exhaussement se produit, d'une façon irrégulière, sur tel point plutôt que sur tel autre, partiellement ou en totalité, comme pour une plaie qui bourgeonne et qui d'aventure bourgeonne ici plus que là ; — tantôt, et bien plus souvent, il se fait avec méthode et réalise d'emblée le type de la papule à la fois orbiculaire de contour, convexe et en plateau, en un mot le type de la papule dite « en pastille ».

III. — *Troisième type :* SYPHILIDE PAPULO-HYPERTROPHIQUE. — Rare, exceptionnelle même à la bouche. — Consistant simplement en une exagération du type précédent, sous forme de grosses papules végétantes, exhaussées, faisant un relief de 2 à 3 millimètres, grenues, mamelonnées, souvent multiples, parfois agminées et constituant alors des nappes muqueuses d'une certaine étendue, nappes irrégulières de contours et parcourues à leur surface par des sillons ulcéreux en rhagades.

Cette forme a un siège non pas exclusif, mais presque spécial, à savoir le dos de la langue, dans sa moitié postérieure. Elle bosselle là l'organe d'une étrange façon. D'où le nom de langue « en dos de crapaud » vulgairement assigné à cette lésion.

Elle n'est jamais primitive. Toujours elle succède à des syphilides de diverses formes (syphilides papuleuses notamment) non traitées, négligées, irritées par le tabac et l'état sordide de la bouche.

IV. — *Quatrième type :* SYPHILIDE ULCÉREUSE. — Assez commune. Constituée non plus seulement, à la façon de la syphilide érosive, par une simple érosion, mais par une entamure réelle du derme muqueux, par une ulcération véritable.

Cette ulcération toutefois est très différente des ulcérations tertiaires, et cela à deux titres : 1° parce qu'elle est beaucoup moins profonde, moins « excavante » que ces dernières ; — 2° parce qu'elle n'est pas encadrée et doublée, comme celles-ci, par des infiltrations dures qui leur constituent une sorte d'atmosphère néoplasique.

Chose curieuse, c'est la plus importante des syphilides secondaires, puisqu'elle est tant soit peu destructive ; et cependant c'est entre toutes celle qui a le moins de physionomie propre. Je ne puis, en effet, que répéter à son propos ce que j'ai déjà dit de son pendant,

la syphilide ulcéreuse génitale, à savoir qu'elle est *banale* d'aspect, qu'elle ressemble à toute ulcération vulgaire.

Généralement, elle n'a qu'une étendue minime ou moyenne, comparable à celle d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes, d'un haricot, d'une amande. — Quelquefois arrondie ou ovalaire, d'autres fois elle est absolument irrégulière de configuration, comme lorsqu'elle siège aux commissures buccales, sur les côtés de la langue ou sur les piliers. — Habituellement rouge ou rougeâtre, elle peut présenter inversement une teinte grise ou d'un gris jaunâtre. — Elle est tantôt lisse et tantôt grenue, inégale de fond, etc.

Rien dans tout cela, je le répète, qui soit quelque peu spécial et qui confère à la lésion une réelle apparence de spécificité.

Tels sont les quatre types génériques sur lesquels sont modelées toutes les syphilides bucco-gutturales.

Mais tous ces types sont susceptibles de modifications multiples et de divers genres. Si bien, comme on va le voir, que le chapitre des variétés dépassera de beaucoup celui des descriptions générales.

Variétés. — I. — *Variétés de nombre, de confluence.* — Il est possible qu'on n'ait à constater dans la bouche qu'une seule de ces lésions. Rien de plus commun chez les malades attentifs et soigneux de leur personne, qui accourent chez le médecin à la première alerte. Rien de plus commun aussi chez les malades qui ont déjà subi un long traitement et dont l'infection est sur le point de s'épuiser.

Mais il est non moins fréquent qu'on ait à observer au même instant plusieurs de ces lésions (c'est-à-dire deux, trois, quatre, cinq), et cela soit sur un même département, soit sur divers points de la bouche.

Enfin, en quelques cas, ces lésions affectent une véritable confluence. On voit des fumeurs, par exemple, se présenter dans le plus pitoyable état, avec la bouche littéralement criblée de plaques muqueuses sur les lèvres, sur la langue, sur le voile, sur les joues, sur les gencives, sur l'isthme guttural, etc.

II. — *Variétés d'étendue.* — J'ai comparé à une amande l'étendue moyenne d'une syphilide buccale. Or, il est des syphilides buccales beaucoup plus petites, comme il en est de beaucoup plus grandes. Ainsi :

1° On en rencontre communément qui tout au plus égalent en surface une lentille, un pépin de poire, un grain de blé. Sur les côtés de la langue, par exemple, on en voit de minuscules qui, sous forme allongée, fissuraire, ne dépassent pas en largeur le diamètre d'un grain d'avoine.

2° Inversement, les plaques muqueuses négligées, abandonnées à elles-mêmes et irritées par le tabac, s'élargissent jusqu'à prendre le

diamètre d'une pièce d'un franc, voire d'un pruneau. Elles peuvent même dépasser ces proportions, mais par le mécanisme de ce qu'on appelle la *coalescence*, c'est-à-dire la fusion de voisinage. Elles se présentent alors plus ou moins allongées, avec une irrégularité absolue de contours.

C'est ainsi qu'aux lèvres ces plaques agminées constituent parfois des *nappes muqueuses* transversales qui mesurent 3, 4, 6 centimètres de longueur. J'en ai vu qui se prolongeaient d'une commissure à l'autre. On en a même cité (mais cela est très rare) d'absolument orbiculaires, faisant tout le tour de la bouche.

C'est par ce même procédé de coalescence que tout l'isthme guttural aboutit quelquefois à être envahi par une nappe muqueuse géante qui, partant d'une amygdale, rejoint en demi-cercle l'autre amygdale, en suivant les piliers, le bord libre du voile et la luette; sans compter même que le cercle est quelquefois complété par des syphilides de la base de la langue.

La forme papuleuse des syphilides buccales ne se prête pas moins à cette agmination. Ainsi, il est commun de voir plusieurs papules s'agminer sur le dos de la langue et former là une nappe papuleuse d'une certaine étendue. Parfois même ces papules agminées, en s'hypertrophiant sous l'influence de l'incurie ou de l'action irritante du tabac, se transforment en grosses tubérosités linguales, lesquelles, massives, étendues, faisant véritablement *tumeur*, ont pu être confondues avec des productions malignes, épithéliomateuses.

III. — *Variétés d'aspect.* — **Plaques muqueuses opalines; plaques muqueuses diphthéroïdes.** — Les variétés de ce groupe dérivent de toutes les modifications possibles de la lésion comme étendue, comme configuration, comme état de bords et de fond, mais plus particulièrement encore comme couleur.

Or, à ce dernier point de vue, il existe des variétés nombreuses et importantes entre les diverses syphilides buccales.

Le plus habituellement, la plaque muqueuse buccale a la couleur du derme dénudé; c'est dire qu'elle est rouge, et d'un rouge foncé, plus brun, plus vineux que celui de la muqueuse normale.

Mais viennent les variétés.

D'abord, il est des plaques muqueuses d'un rouge peu différent de la teinte normale du tégument muqueux. Il en est même de simplement *rosées*, d'un rose pâle ou grisâtre.

Inversement, il en est qui sont plus rouges que de coutume, d'un rouge cramoisi, *purpurin*. Cela s'observe surtout alors que la lésion est enflammée ou irritée par une cause quelconque, telle que le tabac, un mauvais état de la dentition, le contact d'une dent ébréchée, à arête saillante, etc.

Ce ne sont là que des variétés sans grand intérêt. En voici, au contraire, de plus curieuses.

Très fréquemment, la plaque muqueuse buccale vire absolument de ton. Elle passe au *gris*, d'abord, pour arriver au *blanc*, par une gamme progressive où tous les tons intermédiaires ont leurs représentants. Suivons la gradation.

D'abord, rien de plus commun que la plaque muqueuse grisâtre, grisâtre soit partiellement, soit dans toute son étendue. Très souvent, on rencontre sur les lèvres, sur les amygdales, sur la langue, des érosions à centre terne, ardoisé, *cendré*, tandis que les parties périphériques sont teintées en rouge ou en rose. — D'autres fois, cette teinte grise se répand et s'étale sur toute la surface érodée.

En second lieu, cette teinte grise peut s'atténuer de ton, virer au blanc et devenir d'un gris blanchâtre. On a affaire alors à ce qu'on appelle la plaque muqueuse *opaline*, d'une couleur intermédiaire entre le gris et le blanc. — Quelquefois même (mais cela est beaucoup plus rare) cette teinte se nuance d'un certain reflet bleuâtre que l'on a comparé à la tonalité du gant gris-perle.

Ces plaques opalines *gris-perle* se rencontrent surtout aux lèvres, aux amygdales, et sur les côtés de la langue.

Enfin, dans un troisième degré, cette teinte grise passe au blanc véritable, et alors la lésion se présente avec une *teinte laiteuse* tout à fait extraordinaire. Pour prendre des comparaisons (meilleures en l'espèce que toute description), elle offre l'aspect soit d'une goutte de lait étalée sur la muqueuse, soit d'une couche de collodion desséché, soit (j'arrive au grand fait) d'une fausse membrane de diphthérie.

Oui, sans exagération, **la plaque muqueuse buccale se présente parfois avec l'aspect d'une lésion de diphthérie.** La preuve en est que cette comparaison, que ce mot de diphthérie se retrouve dans toutes les descriptions que l'on a données de cette forme particulière de la maladie.

Cet état diphthéroïde des syphilides buccales s'observe en divers points, à savoir : 1° comme siège d'élection, sur la région amygdalienne (amygdale proprement dite et muqueuse périphérique) ; — 2° sur les lèvres ; — 3° plus rarement, à la langue ; — 4° très exceptionnellement, sur le voile, sur la luette et sur le pharynx.

A la région amygdalienne, il est possible qu'un seul côté soit envahi ; plus souvent la lésion est bilatérale.

Lorsque ces exsudats diphthéroïdes se produisent sur les lèvres ou la langue, ils ne sauraient donner lieu à des erreurs diagnostiques. On a bien vite fait, étant donné leur siège non habituel à la diphthérie, de les rapporter à leur véritable origine.

Mais c'est tout autre affaire alors qu'ils affectent l'isthme du gosier, région favorite de l'invasion diphthérique ; et tout aussitôt surgit la panique de la diphthérie. Et, en effet, il n'est pas à le contester, ce qu'on voit ou ce qu'on croit voir à la gorge en pareille

occurrence, c'est la diphthérie, ou tout au moins un ensemble objectif qui y ressemble étonnamment. Tous les observateurs qui se sont trouvés aux prises avec des cas de cet ordre sont unanimes sur ce point. Tous ont été frappés, comme ils le déclarent dans leurs récits, non pas de l'analogie, mais de l'*identité objective* de cette fausse diphthérie syphilitique avec la diphthérie vraie.

Localement, en effet, ce que l'on constate est ceci : sur les amygdales tuméfiées et sur les parties avoisinantes des piliers, une exsudation pseudo-membraneuse bien manifeste, soit blanche, absolument blanche, soit, plus souvent, d'un blanc grisâtre ou d'un blanc sale ; — exsudation adhérente, fortement adhérente, ne se détachant sous le pinceau d'ouate qu'avec peine et en petits lambeaux, donc semblant enchâssée dans la muqueuse; — souvent aussi, comme dans la diphthérie, engorgements ganglionnaires péri-pharyngés et sous-maxillaires.

Impossible, devant un tel aspect, de ne pas être pris de peur, tout au moins de se dérober à l'appréhension de la diphthérie.

Or, issu de l'aspect objectif, ce soupçon peut être écarté tout aussitôt, comme aussi il peut être corroboré par l'examen d'ensemble du malade. Car, deux alternatives sont possibles en l'espèce.

Tantôt, l'angine en question s'est produite et continuée à froid, sans symptômes généraux précurseurs et concomitants. C'est alors un sujet *bien portant*, absolument indemne de fièvre et de symptômes réactionnels, sur lequel on constate une « angine blanche ». Du coup, en ce cas, le diagnostic est fait, j'entends la diphthérie est exclue, car une infection diphthéritique n'est pas compatible avec un plein état de santé. Et si, d'autre part, les antécédents syphilitiques du malade sont connus, tout naturellement cette angine diphthéroïde devient imputable à la syphilis.

Mais tantôt, au contraire — seconde alternative, beaucoup plus commune, — cette angine blanche est d'ordre inflammatoire et coexiste avec des troubles généraux plus ou moins intenses. Le tableau clinique devient alors le suivant : d'une part, tous signes d'angine aiguë : douleur gutturale, dysphagie, gonflement amygdalien avec exsudation pseudo-membraneuse, voix nasonnée, troubles de l'ouïe, etc., etc.; — et, d'autre part, réaction générale, fièvre assez vive, courbature, brisement, anorexie, pâleur, etc. — Comment, devant un tel ensemble, ne pas songer à la diphthérie? Et, en effet, maintes fois on a été tenu en échec, voire *trompé* par des cas de cet ordre. Un médecin des plus distingués, le Dr Albert Robin, a raconté un fait dans lequel, consulté par une jeune femme affectée d'une angine blanche avec symptômes généraux et sympathiques assez accentués, il crut positivement à une angine diphthéritique. Il y crut même si bien qu'il fit isoler la malade. Puis, vingt-quatre heures après, la chute soudaine de la fièvre et l'ap-

parition de papules dûment syphilitiques sur le tronc vinrent rectifier le diagnostic.

A fortiori, l'erreur sera-t-elle plus facile encore si (comme cela s'est vu plusieurs fois) une laryngite spécifique vient s'ajouter à l'ensemble clinique précité. Car alors, qu'on me passe l'expression, *tout y est*, tout concourt à donner le change et à faire suspecter la diphthérie. Le cas suivant fixera les convictions du lecteur à cet égard.

Un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux, est mandé une nuit, en toute hâte, à l'effet de décider « s'il y a lieu ou non de pratiquer une trachéotomie ». Il trouve une jeune femme dans un état, en effet, assez alarmant : d'une part, une angine blanche, « d'aspect absolument diphthéritique » ; — des ganglions assez nombreux ; — d'autre part, un état fébrile très accentué, avec symptômes d'accablement ; — et, finalement, un certain degré d'oppression, une toux rauque, une voix couverte, etc. Tout d'abord, il croit à un croup. Mais, par hasard, il aperçoit au sommet du thorax (en examinant le cou en vue d'une opération possible) quelques taches qui lui paraissent singulières ; il examine de plus près et découvre une véritable éruption qui lui semble bien être une roséole. Alors, il interroge le mari de la malade, lequel avoue une syphilis remontant à quelques mois. — Bref, des pilules de protoiodure remplacèrent très à propos la trachéotomie et avec plein succès.

Inutile de dire s'il y a un intérêt pratique et de premier ordre à différencier cette pseudo-diphthérie syphilitique de la diphthérie vraie, et réciproquement. Or, sur quelle base établir ce diagnostic ?

L'aspect objectif, nous venons de le voir, est absolument trompeur. Rien, non plus, à attendre des troubles fonctionnels, non plus de même que des symptômes généraux. — Rien de mieux à espérer de l'histologie, puisque les histologistes concluent à l'identité de structure entre les fausses membranes de la diphthérie et celles de la syphilis. — Un seul recours est offert par la *bactériologie*, dont le rôle, ici, sera de déterminer si le bacille de Klebs-Lœffler existe ou non dans les fausses membranes. C'est donc à ce précieux critérium qu'il conviendra d'en appeler immédiatement pour fixer le diagnostic.

Deux procédés sont appliqués couramment à ce genre de recherches, à savoir : l'un expéditif, presque instantané (n'exigeant du moins que quelques minutes), mais malheureusement quelque peu infidèle dans ses résultats ; — l'autre plus long, réclamant quinze à seize heures, mais absolument sûr, péremptoire.

Le premier (auquel on peut toujours avoir recours, quitte à le contrôler par le second) consiste en ceci : recueillir quelques débris de la fausse membrane et les frotter sur des lamelles ; — les sécher à la flamme ; — les colorer (soit avec le violet de gentiane, par la méthode de Gram, soit avec le bleu de Lœffler ou le bleu de Roux et Yersin) ;

et les examiner au microscope. On reconnaît alors (ou l'on peut reconnaître) le bacille spécifique à sa forme en bâtonnet, à bouts arrondis, légèrement recourbés, parfois renflés en poire.

Second procédé : on ensemence les débris membraneux dans une série de tubes contenant du sérum stérilisé et gélatinisé ; — on place ces tubes à l'étuve (38°) ; — et l'on attend quinze à seize heures.— Dès ce moment on doit trouver, en cas de diphthérie vraie, des colonies bacillaires assez nettes pour qu'on y puisse sûrement reconnaître le bacille spécifique.

Dernier point : Qu'est-ce que cette angine diphthéroïde de la syphilis ? Est-ce une angine syphilitique pure et simple, dont la fausse membrane serait le produit du bacille encore inconnu de la syphilis ? Ou bien ne serait-ce là qu'une angine syphilitique compliquée d'une infection secondaire, c'est-à-dire infectée elle-même par un de ces bacilles qui, comme le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, sont capables d'engendrer des angines blanches ? Le problème se pose. A peine jusqu'alors a-t-il donné lieu à quelques recherches encore très incomplètes. Donc, n'en préjugeons rien.

IV. — *Variétés de configuration.* — **Syphilides circinées.** — Les syphilides buccales n'ont pas une grande prédilection pour la modalité circinée. Cependant, comme toutes les autres syphilides, elles se présentent de temps à autre sous tel ou tel des deux types suivants :

Le type *annulaire*, rare et exclusivement propre aux syphilides érosives, qui parfois décrivent sur la muqueuse buccale (lèvres, langue ou palais) de véritables « bagues érosives » à centre sain;

Le type *arciforme*, infiniment plus commun que le précédent, s'observant avec les syphilides érosives ou ulcéreuses, et caractérisé par des segments de cercle, des fers à cheval, des croissants.

Besoin est de bien spécifier que ces diverses configurations circinées ne sont en rien, sur la muqueuse buccale, l'apanage exclusif de la syphilis. Pour leur avoir indûment accordé ce caractère, on a longtemps, voire jusqu'à nos jours, considéré comme syphilides diverses lésions qui n'ont rien de commun avec la syphilis, telles, par exemple, que la glossite desquamative du nourrisson, la glossite exfoliante marginée, etc.

V. — *Variétés régionales.* — La spécialité de siège modifie plus ou moins, voire parfois du tout au tout, l'aspect des syphilides buccales. Ainsi :

I. Certaines syphilides labiales qui se trouvent pour ainsi dire à cheval sur le segment muqueux ou semi-muqueux et le segment cutané des lèvres, se présentent ici et là avec des caractères très disparates.

Sur le premier de ces segments, elles consistent en des érosions rouges, assez semblables à la surface d'un vésicatoire ; sur le second, elles offrent l'aspect de lésions croûteuses ou croûtelleuses.

II. — Lorsqu'elles siègent aux commissures buccales, les syphi-

lides muqueuses sont généralement divisées en deux segments (un sur chaque lèvre), lesquels s'adossent quand la bouche est fermée, pour s'écarter quand elle s'entr'ouvre. De plus, ces deux segments sont séparés par un sillon linéaire qui répond au pli même de la commissure, et ce sillon est presque toujours excorié, sanguinolent, semblable à ce qu'on appelle une *rhagade*, et plus ou moins douloureux parce qu'il est incessamment irrité ou déchiré par les mouvements des lèvres. — Quelquefois aussi le pourtour de la surface érosive est limité du côté de la peau par une sorte de collerette granulée, papillomateuse, ou de bourrelet croûtelleux. — Tous ces petits détails donnent à la lésion une physionomie quelque peu particulière.

III. — Sur les bords de la langue, les syphilides affectent souvent une forme spéciale, la *forme fissuraire*. Se logeant dans les sillons normaux de l'organe, elles n'affectent là d'autres caractères que ceux d'érosions étroites, allongées, verticales, mal déterminées de contours, tantôt rouges et tantôt opalines. Il serait le plus souvent impossible d'en affirmer la spécificité, n'étaient les antécédents du malade et les autres manifestations concomitantes.

IV. — Sur le dos de la langue, elles présentent deux variétés, dont l'une surtout est très intéressante et particulièrement commune.

1° D'abord, elles prennent souvent la forme *fissuraire*, et cela parce qu'elles se logent dans les sillons normaux de l'organe qu'elles transforment en de véritables rhagades, lesquelles s'ouvrent en branches de V par déplissement. — Quelquefois encore elles figurent des fissures *étoilées*, alors qu'elles occupent le point de réunion de plusieurs sillons anastomosés.

2° Plus souvent encore elles constituent là une forme toute spéciale de lésions que j'ai décrites de vieille date sous les noms de **plaques lisses** ou **plaques fauchées** *de la langue* ou de **glossite dépapillante**, et qu'on a baptisées encore de qualifications diverses (*disques desquamatifs*, *plaques tonsurées de la langue*, *alopécie linguale*, etc.).

Ce qu'on voit est ceci : au milieu du gazon, du chevelu papillaire de la langue, une ou plusieurs surfaces bien circonscrites qui sont devenues lisses, unies, polies, comme si l'on y avait *rasé* les papilles, et par cela même contrastant avec l'état villeux des parties voisines. On dirait (la comparaison est si exacte qu'elle s'impose) des surfaces « fauchées dans une prairie ». Et, en effet, la lésion qui donne lieu à cet aspect étrange consiste dans la chute des prolongements cornés des papilles filiformes. « On sait, dit M. Cornil, que les papilles filiformes qui constituent comme des touffes d'herbe sur le dos de la langue présentent un piquant, une longue saillie composée de cellules cornées imbriquées les unes sur les autres et dont les plus inférieures sont implantées sur une petite papille à peine saillante. La partie épithélique cornée a une très grande longueur, un demi-millimètre, un millimètre et plus. Que ces énormes prolongements

épidermiques tombent, et ils tombent en réalité au niveau des plaques muqueuses que nous étudions, vous aurez une surface lisse, plane, recouverte simplement par les couches stratifiées du corps muqueux, mais privée de ses prolongements filiformes d'épiderme corné. La plaque paraît dans son ensemble d'autant plus lisse, d'autant plus déprimée, qu'autour d'elle les prolongements cornés des papilles filiformes sont conservés avec leur longueur, accrue encore par l'inflammation linguale, etc... ».

Ce sont donc là de véritables plaques *alopéciques*, si je puis ainsi parler, constituées par la chute du chevelu papillaire.

Ces plaques ont toujours des contours nettement circonscrits. Elles se différencient des parties voisines non pas seulement par leur état lisse de surface, mais aussi par leur couleur, qui est d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse normale. — Elles sont variables de configuration et d'étendue : quelquefois régulièrement arrondies, d'autres fois ovalaires et à grand axe antéro-postérieur, d'autres fois irrégulières ; — mesurant en général l'étendue d'une pièce de vingt centimes ou d'un haricot, d'une amande, mais parfois beaucoup plus petites ou beaucoup plus considérables. On en voit ainsi qui se réduisent aux proportions d'une lentille, d'un pépin de poire, d'une tête d'épingle. Et, inversement, il en est qui font véritablement *nappe* en s'étalant sur tout un département de l'organe, par exemple sur toute une moitié latérale ou antérieure de la langue.

Cette variété de syphilide n'est pas seulement remarquable par son caractère de glossite *dépapillante* ; elle l'est aussi par ce fait qu'elle se produit *à sec*, si je puis ainsi parler. Elle rase bien les papilles, mais elle ne touche pas au derme lingual, en sorte que la surface tégumentaire reste intacte, non dénudée, non érosive. On a donc affaire de la sorte à une singulière **plaque muqueuse sèche**, et sèche sur une muqueuse! Exception unique en l'espèce.

C'est seulement par le fait de complications que cette lésion devient quelquefois humide, érosive ou ulcéreuse.

VI. — *Variétés comme troubles fonctionnels.* — **Plaques muqueuses latentes, ignorées.** — Les syphilides muqueuses de la bouche n'ont pas et ne sauraient avoir de symptomatologie propre ; elles ne se traduisent que par les symptômes propres à toutes les lésions buccales.

Or, ces symptômes sont de trois ordres : 1° des phénomènes douloureux, très variables, depuis la simple gêne locale jusqu'à la douleur vraie ; — 2° une certaine exagération réflexe de la salivation ; — 3° quelques troubles fonctionnels de mastication, de parole, de déglutition, etc.

Mais quelle inégalité dans ces trois symptômes d'un malade à un autre! Tel souffre véritablement de plaques muqueuses buccales, et tel autre ne s'en aperçoit même pas. Tel en éprouve un réel

ptyalisme, et tel autre reste exempt de la moindre exagération salivaire. Tel en est gêné pour la mastication, la parole, la déglutition, et tel autre n'en ressent aucun trouble.

Ces différences dans l'expression clinique d'un même ordre de lésions ont généralement leur explication dans des conditions matérielles, relevant du siège, du nombre, de l'étendue, de la modalité phlegmasique ou aphlegmasique des lésions, des complications qui peuvent s'y adjoindre, de l'incurie buccale, des excitations surajoutées, etc., etc. — Quelques exemples :

1° Le siège des lésions joue un rôle majeur en l'espèce, à ce point que, sans exagération, telles ou telles régions de la bouche peuvent être dites *tolérantes* ou *intolérantes* vis-à-vis de la plaque muqueuse. Ainsi, nulle parité, au point de vue de la douleur, entre une plaque muqueuse du palais osseux et une plaque muqueuse du bout de la langue. Une large plaque du palais peut rester ignorée, tant elle est peu sensible. Une minuscule érosion du bout de la langue est agaçante, douloureuse, énervante, gêne la parole, gêne la mastication, et détermine un certain ptyalisme.

2° La forme de la lésion n'est même pas sans importance quelquefois. Une plaque muqueuse étalée est peu douloureuse ; tandis qu'une plaque fissuraire, en rhagade, est toujours éminemment pénible, sans doute parce qu'elle est plus profonde et retentit sur des filets nerveux.

3° L'étendue et le nombre des lésions ont naturellement une influence bien plus marquée. Une petite plaque ou même quelques petites plaques ne font qu'exciter un peu de gêne et une sensibilité légère. Mais des plaques étendues, multiples de siège, confluentes, ne manquent jamais de déterminer une scène symptomatologique tout autre, à savoir : endolorissement général de la bouche ; sensibilité, voire douleur et parfois douleur très vive au contact des aliments chauds, salés, acides, plus spécialement encore du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac ; — salivation accrue, avec besoins fréquents d'expuition ; — gêne plus ou moins notable et gêne douloureuse pour la mastication, pour la parole, pour tous les mouvements de la langue, etc. — De plus, si les plaques siègent au niveau de l'isthme guttural, tous phénomènes d'angine : douleur continue à la gorge ; douleur accrue dans la déglutition des aliments et de la salive ; dysphagie véritable, parfois même sentiment d'une sorte de constriction gutturale, de strangulation ; sommeil troublé par besoin d'expuition, etc. C'est à un tel ensemble clinique qu'on réserve le nom d'**angine secondaire**.

4° Ces symptômes, enfin, s'élèvent parfois à un degré supérieur encore et atteignent leur apogée, lorsqu'aux conditions précédentes vient s'adjoindre une cause d'excitation étrangère. Or, en pareil cas, la cause d'excitation par excellence, c'est le *tabac*.

Un malade qui fume alors qu'il est affecté de plaques muqueuses buccales et surtout un malade qui fume incessamment (le type du genre est le fumeur de cigarettes) aboutit à congestionner ces lésions et à leur conférer un état d'éréthisme inflammatoire dont on ne peut juger qu'après l'avoir de ses yeux vu et dûment constaté un certain nombre de fois.

Sous cette influence, les plaques muqueuses deviennent littéralement rouges, cramoisies, *purpurines*, turgescentes, et, d'autre part, douloureuses, extraordinairement douloureuses. Simultanément, toute la muqueuse buccale rougit et s'enflamme à l'unisson. La salivation réflexe s'accroît jusqu'à dégénérer en ptyalisme continu. La bouche acquiert une sensibilité éréthique, nerveuse, qui fait que la mastication n'est plus tolérée, que les boissons les plus anodines, telles que le lait et l'eau, excitent au passage une impression des plus pénibles, que la parole même s'embarrasse en raison de la difficulté des mouvements de la langue et d'un afflux salivaire exubérant. Longtemps le fumeur intrépide lutte contre de tels symptômes; mais, à un moment, la souffrance devient telle qu'il se condamne lui-même — sacrifice suprême — à déposer la cigarette; il est vaincu par la douleur.

Nul besoin de dire qu'un tel ensemble de symptômes n'est pas l'œuvre de la syphilis seule; il compose en réalité une espèce *hybride*, résultant de l'association d'une *stomatite nicotique* à des syphilides buccales.

5° Voilà, certes, toute une série de raisons bien suffisantes, d'une façon générale, à expliquer les différences qu'on observe d'un malade à un autre en tant que phénomènes symptomatiques des plaques muqueuses buccales. Et cependant il est des cas dont les conditions précédentes ne rendent en rien compte. Exemple : Deux malades sont, je suppose, affectés au même siège de plaques muqueuses de même étendue, de même aspect, de même importance comme lésions; eh bien, il est possible que l'un en souffre et que l'autre n'en souffre pas, voire ne s'en aperçoive pas. Pourquoi? Cela est inexplicable, mais cela n'en est pas moins authentique. Et ce fait même comporte un si haut intérêt pour la pratique, notamment pour la prophylaxie, que besoin est d'y insister comme il le mérite.

Chacun sait que, comme règle habituelle, la plaque muqueuse amygdalienne est douloureuse. Elle l'est plus ou moins, mais elle l'est. Les malades qui n'en souffrent pas à proprement parler en sont tout au moins avertis par une certaine gêne à la gorge, avec difficulté de déglutition. Comme ils le disent eux-mêmes, ils sentent « quelque chose à la gorge », quelque chose « qui n'est pas naturel », et ils viennent à ce propos se faire examiner.

Or, il est aussi certains sujets qui, affectés de lésions identiques comme siège et comme importance, n'en souffrent réellement pas ou

en souffrent si peu qu'ils n'y prennent pas garde, ne s'en inquiètent pas, n'y prêtent pas attention. Il en est même qui ne s'en aperçoivent absolument pas. Que de fois ne m'est-il pas arrivé, et cela en ville comme à l'hôpital, de découvrir des plaques muqueuses amygdaliennes sur des malades qui ne se plaignaient en rien de la gorge, qui disaient « n'y rien sentir », et qui restaient ébahis (non moins que fort anxieux quelquefois) d'avoir là un accident qui ne s'était révélé pour eux par aucun trouble, aucune douleur !

Or, il est à cela une conséquence, et une conséquence grave. C'est que de tels sujets, *dans l'ignorance où ils sont de leur mal, s'exposent à le transmettre.* Exemple :

Je reçois un jour la visite d'un jeune officier. « Il a eu, me raconte-t-il, la syphilis il y a quinze mois. Il s'en est traité, bien traité, et depuis un an il est resté indemne de tout accident. *Il n'a rien* non plus aujourd'hui ; mais, comme il va partir pour un assez long voyage, il vient s'informer près de moi de ce qui lui reste à faire comme traitement. » Je l'examine, et lui trouve, sur une amygdale, une plaque muqueuse très caractérisée, opaline, indéniable. D'abord, stupéfaction de mon malade : « C'est impossible, me dit-il, impossible ; car, je m'observe bien, je m'étudie, et *je ne me suis rien senti à la gorge.* » Puis, explosion de désespoir : « Alors, avec cela j'ai pu transmettre ma maladie ! Eh bien, hier, j'ai eu rapport avec une jeune femme mariée que j'adore, et je n'aurais pas été capable d'une telle infamie si j'avais pu me croire malade ! Mais, sur mon honneur, je ne pouvais me croire malade, n'ayant rien, absolument rien senti d'anormal dans ma gorge. »

Or, les faits de ce genre sont loin d'être rares. J'ai déjà vu nombre de fois, dans la clientèle de ville, des contagions syphilitiques être transmises par des plaques buccales restées **ignorées**, et restées ignorées parce qu'elles n'avaient donné lieu à aucun symptôme, à aucune douleur. J'aurais à citer, par exemple, plusieurs cas dans lesquels des maris affectés de syphilis ont contagionné leur femme par des syphilides de la bouche ou de la gorge, et cela bien qu'avertis, bien que se surveillant, s'épiant, s'examinant chaque jour avec le plus grand soin. Inutile de dire si de tels faits sont à enregistrer pour la pratique.

De là, au total, deux enseignements à déduire :

1° C'est, d'abord, que nous devons, nous, médecins, nous astreindre à inspecter la bouche et la gorge de tout sujet syphilitique qui se présente à notre examen ; et cela *dans tous les cas*, et cela alors même que notre consultant déclare « ne rien avoir là ». Car, plus d'une fois, il nous arrivera de découvrir là des lésions *ignorées*, du fait desquelles une contamination pourrait être transmise.

2° C'est, en second lieu, que tout sujet syphilitique qui prétend, en dépit de sa syphilis, vivre de la vie commune (j'entends de la vie

conjugale ou pseudo-conjugale) doit obéir à l'obligation de s'observer et, notamment, de se surveiller avec un soin minutieux la bouche et la gorge (à ne parler pour l'instant que de ces deux organes); car il peut porter là *inconsciemment* des lésions d'ordre contagieux. Or, cela, nos malades ont bien le droit, étrangers qu'ils sont aux choses médicales, de *ne pas le savoir;* mais c'est à nous de le leur apprendre, pour les tenir en garde contre cet ordre de *contagions possibles par accidents ignorés.*

DIAGNOSTIC. — Tout d'abord, **la plaque muqueuse buccale a-t-elle quelque attribut propre, spécial?** — Cela serait à croire, puisqu'à tout instant on entend parler de plaques muqueuses « caractéristiques ». Voyons donc quels caractères peuvent ainsi la déterminer spécifiquement.

Serait-ce sa configuration? Mais cette configuration est éminemment variable, tantôt arrondie, tantôt ovalaire ou elliptique, tantôt fissuraire, etc.

Serait-ce son étendue? Mais il y a des plaques muqueuses petites, moyennes ou grandes.

Serait-ce quelque attribut tiré de ses bords ou de son fond? Mais nous n'avons rien trouvé de semblable dans l'analyse clinique que nous venons de faire de la lésion.

Serait-ce sa couleur ? Mais cette couleur varie du rouge au gris et du gris au blanc, etc. ; elle est donc sujette à trop de variétés pour constituer un élément séméiologique.

Et ainsi de suite.

Bref, quand on analyse un à un les caractères objectifs de la plaque muqueuse buccale pour les comparer à ceux d'autres lésions de même siège, on n'aboutit à trouver quoi que ce soit qui lui appartienne en propre et qui soit de nature à la dénoncer, à l'attester sûrement en tant que plaque muqueuse.

Tout au plus, dans deux de ses formes, présente-t-elle une physionomie, sinon caractéristique, au moins quelque peu particulière, à savoir :

1° Dans sa forme papuleuse, où, tout à la fois orbiculaire de contour et convexe de surface, elle constitue une véritable **pastille** déposée sur le tégument muqueux. Cette configuration en pastille lui est presque propre, et l'on peut dire, sans exagération, que toute lésion qui présente cet aspect devient, de par cela seul, fortement suspecte. On conçoit toutefois que la lésion la plus vulgaire, venant à s'exhausser accidentellement, est susceptible de prendre une physionomie à peu près semblable.

2° Dans sa forme **en segment d'anneau**. — Assurément, cette autre configuration est plus familière à la syphilis qu'à toute autre lésion buccale, mais elle ne lui appartient pas en propre. A preuve la

glossite exfoliante marginée qui, elle aussi, se caractérise par des lésions en segments de circonférence.

En définitive, donc, *la plaque muqueuse buccale n'a pas de signe objectif qu'on puisse dire caractéristique.* Et les auteurs qui ont parlé de « plaques muqueuses buccales caractéristiques » ont doté imprudemment ces lésions d'une spécificité objective qu'elles ne possèdent pas.

La preuve en est qu'en pratique on ne diagnostique pas la plaque muqueuse buccale par elle-même, non plus que la syphilis par la plaque muqueuse, mais bien qu'on diagnostique la plaque muqueuse par la syphilis, c'est-à-dire par le concours d'autres accidents spécifiques, soit actuels, soit antérieurs. Exemple : Un malade se présente à nous avec une érosion buccale ou gutturale qui, de par ses caractères objectifs, peut bien être une plaque muqueuse. *De visu* et sans autres considérations, allons-nous assigner à cette lésion la qualité de plaque muqueuse ? Nous nous en garderons bien, et pour cause. Tout au contraire, que faisons-nous, et cela bien plus sagement ? Nous nous empressons de rechercher sur le malade soit d'autres accidents contemporains de syphilis, ou, à leur défaut, des stigmates ou des signes d'anamnèse relatifs à la syphilis. Et alors, de deux choses l'une : ou bien nous trouvons le malade en état non douteux de spécificité, et, dans ce cas, nons concluons de ce fait que, suivant toute vraisemblance, la lésion doit être une plaque muqueuse ; — ou bien notre examen ne relève rien de suspect, et, dans cette seconde alternative, nous nous abstenons prudemment d'un diagnostic ferme en nous bornant à dire : Voilà une lésion qui ressemble bien à une plaque muqueuse ; mais impossible à nous de l'affirmer comme telle, en l'absence de tout autre témoignage de spécificité.

Cela posé en principe, venons au diagnostic différentiel.

Il est une foule d'affections, et des plus diverses, qui, à la bouche, peuvent donner le change pour la plaque muqueuse syphilitique. Je citerai les principales, en insistant seulement sur celles qui sont de nature à constituer de réelles difficultés pour la pratique.

I. — **Érosions simples**, inflammatoires ou autres. — De telles lésions peuvent simuler la plaque muqueuse dans sa forme érosive, tout à fait superficielle. Par exemple, rien de plus analogue objectivement à une syphilide érosive qu'une érosion résultant d'un abus chronique de tabac ou d'une brûlure provenant de la cigarette.

On trouve écrit partout que ces lésions banales se différencient de la plaque muqueuse en ce qu'elles sont d'étendue moindre ; — de forme moins régulière, moins arrondie ; — en ce qu'elles sont plus rouges, plus inflammatoires ; — en ce qu'elles affectent une durée moindre, etc. Cela est vrai. Mais, d'une part, ces signes sont loin

d'être constants, et, d'autre part, ils ne consistent qu'en des nuances. Or, ce sont là, malheureusement, les seuls dont on dispose. De sorte qu'en réalité il est souvent non pas difficile, mais impossible (qu'on remarque le mot) d'instituer un diagnostic formel entre deux lésions cependant si distantes comme nature et comme importance clinique, à savoir : une insignifiante érosion de la bouche et une plaque muqueuse, expression d'une maladie telle que la syphilis. Au reste, cette réflexion trouvera aussi sa place dans plusieurs des chapitres qui vont suivre.

II. — **Herpès buccal**, et notamment, **herpès récidivant buccal.** — L'herpès accidentel, qui ne se produit que pour une fois, n'est qu'une rareté dans la syphilis. Au contraire, l'herpès récidivant y est fort commun. Or, en raison de ses répétitions incessantes et de sa durée, non moins aussi que des incertitudes diagnostiques auxquelles il donne lieu bien souvent, ce dernier devient une affection importante qui fait le désespoir des malades et du médecin. Il mérite donc d'être connu, et ce ne sera pas un hors-d'œuvre, je pense, que de reproduire ici la description que j'en ai donnée ailleurs (1).

« ...Sans avoir une fréquence comparable à celle de l'herpès récidivant génital, l'herpès récidivant buccal ne laisse pas cependant d'être assez commun. On ne le rencontre guère à l'hôpital, c'est vrai, mais cela pour la très simple raison que nos malades d'hôpital n'ont pas de temps à perdre pour venir nous consulter à propos d'une affection sans gravité. C'est donc presque exclusivement dans la clientèle de ville qu'on fait connaissance avec cette entité morbide et qu'on peut l'étudier, la suivre dans sa longue carrière.

1. — Il n'est pas d'exagération à dire que cet herpès buccal constitue à tous égards le digne pendant de l'herpès génital récidivant. Comme ce dernier, en effet, c'est un herpès ; — comme lui, c'est un herpès à récidives multiples, devenant un ennui, un véritable cauchemar pour les malades ; — comme lui, enfin, c'est une affection extraordinairement rebelle et d'une longévité désespérante.

Il ne s'en rapproche pas moins par l'obscurité de son étiologie. Et, en effet, ses causes efficientes, vraies, celles qu'il serait le plus intéressant de connaître, nous échappent absolument.

Ce que nous en savons, au point de vue étiologique, se borne à la notion de quelques causes prédisposantes ou indirectes, l'une d'elles d'importance majeure cependant.

Ainsi, de même que l'herpès génital, il affecte presque exclusivement les jeunes sujets. — Comme lui encore, il semble trouver une prédisposition dans le tempérament arthritique.

Il sévit sur l'homme et respecte le sexe féminin. Tout au moins, ne l'avons-nous encore observé que très rarement chez la femme.

(1) Voy. *Leçons sur l'herpès*, recueillies par le Dr Emery. Paris, 1896.

Mais voici qui est bien autrement curieux. Il trouve certainement une cause d'appel dans une affection spéciale, à savoir la *syphilis*. On peut dire que, dix-neuf fois sur vingt, cet herpès est en connexion avec la syphilis, et cela, toujours dans les mêmes conditions qu'il importe de préciser. Presque invariablement, c'est au cours ou à la suite de l'étape secondaire qu'il commence à apparaître, pour continuer au delà sa longue carrière ; c'est-à-dire qu'on l'observe sur des sujets en puissance de syphilis depuis un, deux, trois, quatre ans, conséquemment à l'époque ou peu après l'époque où les syphilides buccales secondaires accomplissent ou viennent de terminer leur évolution. Plus généralement encore il leur succède, il les remplace. Il constitue donc, en quelque sorte, ce qu'on pourrait appeler un accident métasyphilitique.

Est-ce l'irritation buccale, conséquence des syphilides secondaires de la région, qui suffit à lui servir d'invite et de provocation ?

Ou bien est-il sollicité, appelé sur la bouche par d'autres irritations connexes, telles que l'irritation mercurielle et le tabac ?

Ou bien encore obéit-il à l'ensemble de ces diverses causes provocatrices ? C'est là ce qui ne saurait encore être déterminé.

Toujours est-il que la scène, telle qu'elle se présente presque invariablement, est la suivante :

Un jeune homme a contracté la syphilis. Du fait de cette syphilis, il a éprouvé divers accidents et notamment des accidents buccaux qui se sont d'autant plus répétés que c'est un fumeur. On l'a traité par le mercure longuement, assidûment ; tout a cédé ; il n'est plus question de rien et la syphilis paraît éteinte. Puis, voici que tout à coup des érosions apparaissent à la bouche, sur la langue notamment. Ces érosions (que généralement on ne manque guère de prendre pour des plaques muqueuses), on s'empresse de les cautériser et de les combattre par quelques topiques, en même temps que par un nouveau traitement mercuriel. Huit jours plus tard, c'en est fait, et ces érosions ont disparu.

Puis, quelques semaines au delà, invasion nouvelle d'érosions tout à fait semblables aux premières et de caractère et de siège. Nouveau traitement, et même guérison rapide.

Puis, quelques semaines ou quelques mois plus tard, mêmes accidents. — Et ainsi de suite, comme pour l'herpès génital récidivant.

Finalement, cela se continue de la sorte pendant des mois et des années, en dépit de tous les traitements locaux ou généraux, en dépit, notamment, et peut-être même en raison des traitements mercuriels que l'on se croit obligé de prodiguer contre des récidives d'accidents toujours et à tort considérés comme spécifiques.

Telle est, en abrégé, la scène, qui reproduit exactement à la bouche ce qu'est l'herpès récidivant génital à la verge, de façon à réaliser, au total, un véritable *herpès récidivant buccal*.

II. — Comme localisation, cet herpès peut occuper à peu près tous les départements de la bouche, mais il a, dans la bouche, un siège par excellence qu'il affecte au moins dix-neuf fois sur vingt. C'est la *langue*.

Et, sur la langue, il a aussi ses districts préférés ; le plus souvent il se cantonne le long des *bords latéraux* de cet organe.

En dehors de la langue, et le plus souvent en coïncidence avec des localisations linguales, il se porte le plus fréquemment sur les lèvres et les joues.

III. — Ses caractères objectifs ne sont autres que ceux d'une éruption herpétique des muqueuses. Mais ici, les détails, voire les détails minutieux, sont nécessaires ; car on conçoit facilement qu'il y ait grand intérêt à différencier objectivement l'herpès buccal de la lésion qu'il est le mieux fait pour simuler, à savoir : la syphilide buccale érosive.

L'herpès lingual peut se présenter à l'observation sous trois aspects différents, qui ne sont que des aspects d'âges divers, c'est-à-dire :

Sous celui d'une simple *tache grisâtre*, opaline, lactescente, laiteuse même quelquefois ;

Sous celui d'une *érosion encadrée d'une collerette blanchâtre ;*

Sous celui d'une *érosion* pure et simple.

Dans son premier âge, l'herpès lingual n'est que ceci : une tache sur la langue, une toute petite tache, mesurant l'aire d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un pépin de poire, au maximum d'un pépin d'orange.

Cette tache, qui fait à peine une saillie appréciable sur le derme muqueux, est grisâtre, opaline, lactescente, voire laiteuse quelquefois ; on dirait qu'à ce niveau la langue a été recouverte d'un enduit de collodion ; on dirait (et ceci est la vérité anatomique) que l'épithélium en voie de décollement et déjà macéré par la salive ne forme plus à la surface de l'organe qu'un revêtement pseudo-membraneux près de se rompre et de se détacher.

Puis, en effet, cet épihélium mort se désagrège, se détruit du centre à la circonférence de la lésion, et finit par tomber en laissant à nu la surface du derme.

Si bien qu'à un moment donné, alors que des lambeaux d'épithélium restent encore adhérents à la circonférence de la plaque, la lésion apparaît sous forme d'une érosion encadrée par une *collerette blanchâtre*, laquelle est formée par un liséré d'épithélium non encore détaché.

Cette collerette, cela va sans dire, peut être complète ou incomplète. Vient un moment où elle n'est plus constituée que par de petits débris presque insignifiants, lesquels, comme nous le verrons, n'en ont pas moins une signification que le diagnostic exploite avec profit.

Enfin, dans son dernier stade (et c'est le plus souvent, presque toujours même à cette époque qu'on a l'occasion d'examiner les malades), la lésion ne se présente plus que sous l'aspect d'une érosion pure et simple.

C'est alors une *érosion* du derme muqueux, et rien de plus; — érosion petite, miliaire, « en tête d'épingle »; — superficielle, plate; — arrondie de contours, quand elle est isolée; — sinueuse, irrégulière, polycyclique et microcyclique, lorsque, plus large, elle résulte de plusieurs érosions voisines qui se sont agminées et confondues.

Tel est l'herpès lingual en tant que symptômes objectifs. Voyons maintenant quels troubles fonctionnels il comporte.

L'apparition de l'herpès est précédée parfois de divers symptômes d'éréthisme local (élancements névralgiformes, picotements, prurit, ardeur, brûlure, etc.). Ces symptômes prémonitoires ne trompent pas certains malades, qui, coutumiers du fait, présagent l'invasion imminente d'un herpès rien qu'à ces légers avertissements.

En tout cas, une fois constitué à l'état d'érosion, l'herpès devient sensible, douloureux. Il « fait souffrir », disent les malades, et plus qu'une simple plaque muqueuse. Il endolorit la langue. Il gêne plus encore pour mastiquer, car il est particulièrement sensible au contact de certains aliments acides, du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac, etc.

Mais, soumise à une médication topique des plus simples, légèrement touchée au nitrate d'argent, la lésion ne tarde pas à se modifier, puis se répare et se cicatrise. Même abandonnée à elle-même, elle aboutit à guérir, quoiqu'un peu plus tardivement.

La lésion guérie, tout est fini, tout rentre dans l'ordre.

Quelques semaines se passent ainsi en parfait état. — Puis, survient une explosion nouvelle qui reproduit les mêmes lésions sur le même siège, avec le même aspect, les mêmes symptômes, et pour la même durée. — Puis, à intervalles variables de quinze jours à deux, trois, quatre mois, se fait une explosion nouvelle. — Et ainsi de suite pour une durée qu'il serait impossible de préciser, mais qui, d'après mes observations, peut ne pas être inférieure à deux, trois et quatre ans.

IV. — Il ne faudrait pas se méprendre sur l'intérêt et l'importance pratiques de cet herpès récidivant buccal. Certes, ce serait une grave erreur que de le dédaigner au titre d'une « petite maladie » ou d'un insignifiant bobo. Il en va tout autrement.

D'abord, c'est un mal qui exerce sur le moral la même réaction que l'herpès génital récidivant, en raison de ses perpétuelles récidives qui semblent, aux yeux des malades, témoigner d'une infection permanente et toujours en éveil. Chez les syphilitiques, en particulier, c'est là une source intarissable de transes et d'appréhensions. « Mais qu'ai-je donc à la bouche ? Est-ce que c'est contagieux ? Est-ce qu'avec cela je puis donner du mal à une femme ? » Voilà ce que, dix,

vingt, trente fois, les malades viennent demander à leur médecin, et non sans anxiété, voire, à la longue, non sans découragement et désespoir.

Puis, pour le médecin, cette petite affection est essentiellement matière à incertitudes, à erreurs, à fausses manœuvres, à fautes thérapeutiques. Très souvent et très légitimement, il reste dans le doute à son sujet et n'ose risquer un diagnostic. Car, s'il se trompe, en prenant une plaque muqueuse pour un herpès, jugez des conséquences d'une telle erreur au point de vue de la contagion. Et, s'il se trompe en sens inverse, c'est-à-dire s'il prend l'herpès pour une plaque muqueuse, le voilà jetant le trouble dans l'esprit de son client, le voilà doublant et triplant les doses de mercure, et aboutissant de la sorte, par irritation de la bouche, à provoquer de nouvelles repullulations herpétiques, etc. Enfin, que répondra-t-il, que pourra-t-il répondre à son client, s'il vient à être consulté par lui sur la possibilité d'un mariage ? Etc., etc.

En sorte qu'à tous égards il y aurait intérêt majeur à ce qu'un diagnostic précis pût intervenir entre l'herpès récidivant et la syphilis de la bouche. Ce diagnostic, voyons quelles peuvent en être les bases.

v. — Certes, l'excessive multiplicité des récidives et l'impuissance du traitement spécifique à les réprimer sont des témoignages presque significatifs en faveur de l'herpès. Mais notez, d'abord, que ce sont là des témoignages *tardifs*, qui n'éclairent le diagnostic qu'à la longue, qu'à échéance plus ou moins lointaine ; notez, de plus, qu'ils n'ont rien de rigoureusement absolu, car la syphilis, elle aussi, est sujette à récidives et n'obéit pas toujours au traitement.

Sans doute, aussi, l'herpès se distingue de la plaque muqueuse en ce qu'il est plus douloureux qu'elle, plus agaçant, plus éréthique. Mais c'est là un bien petit signe, dont il n'est permis de tirer qu'une simple présomption.

En sorte que, tout compte fait, c'est aux signes objectifs qu'il faut en venir pour déterminer le diagnostic. Qu'avons-nous à en attendre ?

La *ténuité* de l'érosion herpétique a bien sa valeur. Mais il peut y avoir de grands herpès, comme aussi de petites syphilides.

L'herpès se dénonce souvent par son aspect de petite plaque *opaline*, lactescente, voire laiteuse. Mais certaines syphilides linguales ont aussi l'apparence pseudo-membraneuse, diphtéroïde.

En sorte que ces deux signes laissent place à l'erreur.

En revanche, il n'en est pas de même des trois suivants qui sont beaucoup plus décisifs en faveur de l'herpès. A savoir :

1° *Érosions miliaires aberrantes.* — Il n'est pas rare qu'à certaine distance du bouquet herpétique principal, dont les éléments agminés forment la lésion qui peut donner le change pour une plaque muqueuse, il se produise de petites érosions *isolées*, qui conservent leur *ténuité*

originelle et qui, à ce titre, s'attestent comme lésions d'herpès. Impossible de prendre pour des plaques muqueuses ces érosions minuscules, ne dépassant pas comme surface l'aire d'une tête d'épingle ; car, si petite soit-elle, la plaque muqueuse ne se présente jamais amoindrie à ce degré. Donc, la présence d'une ou de quelques-unes de ces érosions miliaires à distance de la plaque principale est une présomption réelle en faveur du caractère herpétique de la lésion.

2° *Collerette* ou *vestiges de collerette épithéliale servant de cadre à la lésion.* — Lorsqu'une érosion linguale se présente encadrée ou incomplètement bordée sur ses bords par une frange épithéliale opaline ou blanche, on est presque autorisé, *ipso facto*, à en affirmer le caractère herpétique, à l'exclusion de la syphilis. Pourquoi? Parce que cette collerette ou ce lambeau de collerette est un témoignage du processus *vésiculeux* qui a servi d'origine à la lésion ; c'est le débris même de la vésiculation initiale. Or, des deux lésions en parallèle, c'est l'herpès qui débute par un processus vésiculeux, tandis que la plaque muqueuse ne dérive jamais d'une vésicule. Pour elle, une collerette épithéliale n'aurait pas raison d'être. Jamais, en effet, elle ne se présente sous cet aspect.

3° *Contours sinueux de la lésion, à segments microcycliques.* — J'ai déjà trop souvent insisté, au cours de cet ouvrage, sur ce dernier signe pour avoir à le décrire à nouveau (1). Je rappellerai simplement que c'est là le signe *pathognomonique* de l'herpès. Lors donc qu'il peut être constaté d'une façon formelle, il atteste irrécusablement la qualité herpétique de la lésion.

Sans doute, ces trois derniers éléments séméiologiques sont loin d'être constants. Mais il est assez rare qu'ils fassent défaut tous à la fois. De sorte qu'en général (je ne dis pas toujours) le diagnostic peut être établi sur tel ou tel d'entre eux. »

III. — **Aphthe.** — L'aphthe se différencie bien plus facilement que les lésions précédentes des syphilides buccales. Il a, en effet, si je puis ainsi parler, une véritable individualité objective, qui s'affirme par les quatre caractères suivants :

1° *Orbicularité* et orbicularité parfaite (sauf exceptions rares, par exemple lorsqu'il siège sur les bords de la langue). Il figure une petite lentille correctement circulaire, et il en affecte également le diamètre.

2° *Entaillure en cupule.* — Il est littéralement taillé à l'évidoir, c'est-à-dire qu'il s'enfonce en pente douce dans les tissus, de sa circonférence à son centre. — Les syphilides au contraire constituent des érosions plates.

3° *Belle coloration jaune*, et *d'un jaune beurre frais.* — L'aphthe

(1) Voy. pages 81 et 83.

est jaune, absolument jaune, en raison d'un exsudat spécial qui, pour quelques auteurs (J. Worms, en particulier), serait presque pathognomonique. — Les syphilides, au contraire, ont un fond rouge ou grisâtre.

4° *Liséré carmin circonférenciel.* — Enfin, il est bordé, au moins dans les premiers jours, par une très fine collerette inflammatoire, qui figure à sa circonférence un liséré d'un rouge carminé. — Rien de semblable dans les syphilides, qui, relativement, sont des lésions aphlegmasiques sans auréole.

D'autre part, enfin, l'aphthe est *douloureux*, plus douloureux que ne l'est une syphilide. Il est agaçant, énervant, pongitif, sensible au contact des aliments et des boissons, *éréthique*, en un mot ; — ce que n'est pas une plaque muqueuse.

IV. — **Hydroa buccal.** — Je l'ai qualifié du nom de « Sosie de la plaque muqueuse buccale » ; et, en effet, il la simule parfois à ce point qu'il lui est, non pas semblable, mais rigoureusement identique.

L'énanthème buccal de l'hydroa peut affecter, comme on le sait, tous les départements de la bouche : mais il a là deux sièges préférés, à savoir : la muqueuse des lèvres et le plateau dorsal de la langue.

Son évolution se compose de trois stades : un stade érythémateux, où de petits disques congestifs se produisent sur la muqueuse ; — un stade vésiculeux, où l'épithélium se soulève par le fait d'une exsudation séreuse sous-jacente, puis, très rapidement, se crève et s'affaisse, en recouvrant la surface éruptive d'une sorte de revêtement pseudo-membraneux ; — un stade érosif, où, après émiettement et séparation de cette couche épithéliale, le derme apparaît à nu. C'est alors que se trouve constituée une série de petites érosions superficielles, rouges, lisses de surface, plates, larges comme une lentille, un haricot, une amande, arrondies ou ovalaires, et nettement délimitées de contour. — Sur la langue, en outre, l'aire érosive contraste avec l'apparence villeuse des parties périphériques par son aspect lisse, dû à l'étêtement des papilles.

Cet énanthème hydroïque est essentiellement SYPHILOÏDE, et syphiloïde au suprême degré. Il simule la plaque muqueuse ; il la simule avec une identité objective absolue. A ce point qu'à première vue tout le monde, sans exception aucune, s'y laisse prendre et diagnostique syphilis sans hésitation comme sans arrière-pensée. L'erreur est non pas possible, mais fatale. *A fortiori* est-elle commise (mais alors sans espoir de retour) par les médecins qui n'ont pas notion de l'hydroa buccal.

Aussi bien les méprises sont-elles absolument communes en l'espèce. Et inutile de dire quelles conséquences elles comportent, puisqu'elles

n'aboutissent à rien moins que voir la vérole là où elle n'est pas. A preuve le cas suivant que, vu l'importance du sujet, je crois intéressant de relater :

Il y a une quinzaine d'années, je fus mandé dans une excellente et patriarcale famille bourgeoise que je trouvai littéralement dans la consternation. Il y avait là une grande et belle jeune fille de dix-sept ans que l'on croyait affectée de syphilis. Et cependant cette jeune fille, élevée au foyer paternel, n'ayant jamais (suivant l'expression vulgaire) quitté les jupes de sa mère, était à l'abri de tout soupçon. Quelle contagion mystérieuse et tout accidentelle l'avait donc frappée ? On se perdait en conjectures, ne mettant pas en doute d'ailleurs le diagnostic du médecin de la famille (confrère très estimable et praticien fort instruit), qui s'était prononcé catégoriquement et avait déclaré la syphilis « indéniable, bien que sans explication possible », de par une série de « plaques muqueuses buccales ».

J'examinai la malade, et je confesse que ma première impression fut absolument conforme au diagnostic que l'on m'avait énoncé. Oui, les lésions buccales que je voyais sur les lèvres, la langue et le voile palatin, étaient bien des plaques muqueuses ; elles en avaient tous les caractères objectifs. Impossible de le nier.

Mais alors, recherchant des signes confirmatifs de ce diagnostic sous forme d'autres accidents de syphilis soit actuels, soit antérieurs, je n'en trouvai pas le moindre. Puis, d'autre part, dans cette recherche, je rencontrai ce qui fut pour moi un trait de lumière, à savoir : d'une part, plusieurs macules d'un rouge sombre sur la face dorsale de l'un et l'autre métacarpe, vestiges de « boutons » qui s'étaient produits là récemment ; — et, d'autre part, au niveau du bord cubital d'un poignet et masquée par un bracelet, une petite papule à centre vésiculeux. Plus de doute ! C'était là de l'hydroa cutané, coexistant avec de l'hydroa buccal, et les prétendues plaques muqueuses buccales, qui avaient surpris le diagnostic de mon confrère et le mien, n'étaient rien autre qu'un énanthème hydroïque.

En effet, les lésions buccales disparurent en quelques jours sous l'influence de quelques soins locaux. Et, quant à la syphilis, il n'en fut plus jamais question, pour la bonne raison qu'elle n'avait rien à voir en l'espèce.

Si semblables que soient les deux lésions, l'objectivité reste-t-elle impuissante à établir de l'une à l'autre quelques différences ? Non, et préciser ici sera de rigueur.

Alors qu'il est encore *jeune*, l'énanthème buccal peut être reconnu, soupçonné tout au moins, de par trois caractères que voici :

1° Il est *plus rouge*, *plus inflammatoire* d'aspect, que ne l'est jamais la plaque muqueuse. Il offre une teinte animée presque dénonciatrice. Il est positivement « *trop rouge* » pour être confondu avec une syphilide. — Mais cet aspect inflammatoire n'a qu'un temps ; il s'atténue en quelques jours, au delà desquels la plaque hydroïque n'est plus que rouge à la façon de toute érosion. — Ce n'est donc là qu'un signe éphémère.

2° De même, quand il est encore jeune, il peut offrir à sa circonférence une collerette ou quelques débris de *collerette pseudo-membraneuse*. Cette collerette est formée par des fragments non encore détachés de l'exfoliation épithéliale constitutive de la vésiculation hydroïque. Si minime soit cette frange membraneuse qui encadre l'érosion, elle n'en est pas moins significative ; car elle atteste un processus vésiculeux antérieur, lequel est une étape nécessaire de l'évolution hydroïque, tandis que la plaque muqueuse n'offre rien de semblable.

3° Il n'est pas impossible non plus qu'à une période jeune de la maladie on rencontre dans la bouche, à côté d'érosions hydroïques, d'autres éléments hydroïques à l'état de *vésiculation naissante*, avec épithélium encore distendu par un exsudat séreux, ou bien à l'état de *vésiculation fanée*, avec épithélium affaissé sur le derme muqueux à la façon dont l'épiderme s'affaisse sur un vésicatoire dont la phlyctène vient d'être crevée. Ces éléments hydroïques facilement reconnaissables servent alors de témoins pour attester la qualité hydroïque des érosions voisines.

Mais, dans une étape ultérieure, c'est-à-dire alors que les lésions datent d'une huitaine environ, il n'est plus à compter sur le secours des signes que je viens de dire. L'objectivité n'a plus rien à offrir de spécial, et le diagnostic doit se faire alors sur d'autres bases. Comment ?

Deux ordres de cas possibles :

1° Dans le premier, l'énanthème buccal coïncide avec un exanthème hydroïque. Alors, nul embarras. Deux éruptions contemporaines se sont produites l'une sur la bouche et l'autre à la peau ; il est logique de les rapporter l'une et l'autre à une même origine (réserve faite pour l'hypothèse rigoureusement admissible, mais plus qu'invraisemblable, d'une coïncidence morbide, sur la possibilité de laquelle on sera d'ailleurs rapidement fixé par l'examen du malade au point de vue spécifique).

2° Dans le second ordre de cas, beaucoup plus rare, il existe un *énanthème buccal sans éruption cutanée*. Et alors, en l'absence de toute donnée séméiologique fournie par l'objectivité des lésions, le diagnostic repose tout entier sur la considération suivante : Le malade est-il ou non en état de syphilis ?

S'il est syphilitique (et syphilitique à une période où des éruptions secondaires soient encore possibles), rien de plus logique que de rapporter à la syphilis les lésions buccales.

Au contraire, n'est-il pas syphilitique, il y a tout lieu de conclure à la nature hydroïque de ces lésions, tout en réservant l'hypothèse d'une syphilis restée latente jusqu'alors. En vue d'en finir avec cette dernière hypothèse, on aura soin de s'abstenir de toute intervention spécifique et de mettre simplement le malade en observation. De la

sorte, abandonnée à son évolution propre, la syphilis — si syphilis il y a — ne tardera pas à se trahir par quelque manifestation ; — comme, inversement, rien de syphilitique ne se produira, si la syphilis n'est pas en cause. — Ce critérium d'évolution est, en l'espèce, le seul moyen d'élucider un diagnostic insoluble par toute autre voie.

V. — **Glossite exfoliante marginée.** — La singulière affection que j'ai baptisée de la sorte et qui a été si parfaitement décrite par un de mes élèves, le Dr Lemonnier (1), est encore un type éminemment *syphiloïde*. Elle est merveilleusement faite pour simuler les syphilides : et par sa physionomie générale et par sa circination constante. Aussi bien est-elle restée longtemps englobée dans le cadre de la syphilis, sous les noms de syphilide circinée, syphilide desquamative de la langue, etc. Au reste, encore fort peu connue en dehors du petit camp des spécialistes, elle persiste à être communément confondue avec les syphilides linguales et traitée comme telle.

Trois caractères cependant la différencient de ces dernières, à savoir :

I. — D'abord, un caractère objectif qui la signale du premier coup-d'œil à l'attention et qui lui est propre, qui même, dirai-je, en est pathognomonique. C'est l'existence *constante*, sur un segment plus ou moins étendu de chacun de ses petits placards, d'un **liséré** qui lui sert de cadre. Ce liséré est triplement remarquable :

1° par sa *finesse* (il est très ténu, mesurant d'un quart de millimètre à un millimètre tout au plus);

2° par sa *couleur blanche* ou blanc grisâtre, qui tranche sur le ton rouge des parties périphériques ;

3° par son **trajet curviligne**, en forme de C, de segment de circonférence, d'arc de cercle, d'arceaux conjugués, etc.

Ce liséré, je le répète, offre un aspect tout à fait spécial et ne se rencontre, que je sache, dans aucune autre affection linguale. Il est donc distinctif par excellence.

II. — Un autre caractère, celui-ci, également spécial à l'affection et véritablement extraordinaire, consiste dans la **mobilité** de ses éléments éruptifs, qui, positivement, se déplacent, cheminent, se portent d'un district à un autre district de la langue. Si ce n'est d'un jour à l'autre, tout au moins d'une semaine à la suivante, ces placards changent de situation, non moins que d'étendue et de forme. A ce point que tout d'abord j'avais qualifié cette affection du nom de *glossite ambulante* ou *nomade*. — Inutile de dire que rien de semblable ne s'observe avec les syphilides.

II. — Enfin, l'affection est constituée par des lésions très manifestement différentes des véritables syphilides, en ce que le mercure n'exerce jamais sur elles la moindre influence modificatrice.

(1) Lemonnier, *De la glossite exfoliatrice marginée*, thèse de Paris, 1883. — On y remarquera plusieurs très belles planches, des plus instructives.

VI. — **Perlèche.** — Encore un type *syphiloïde* par excellence, voire syphiloïde, à ce point qu'il serait, a-t-on dit, « non différenciable objectivement des types correspondants de la syphilis secondaire ». Plus d'une fois déjà, en effet, la perlèche a été prise pour une manifestation syphilitique; elle a même donné lieu, par erreur, à des revendications judiciaires.

Bien étudiée par le Dr Lemaistre (de Limoges), puis par le Dr P. Raymond, la perlèche consiste en un état morbide des commissures labiales, constitué par deux éléments : d'une part, une exfoliation épithéliale de la muqueuse des lèvres vers leur district commissuraire; — et, d'autre part, un sillon ulcéreux, une rhagade de la commissure.

Elle affecte surtout les enfants, chez lesquels, par contagion, elle sévit souvent sous forme épidémique. Plus rarement elle s'observe sur l'adulte, qui presque toujours la reçoit d'un enfant.

Comme physionomie de lésion, elle rappelle absolument la plaque muqueuse commissuraire, telle que je l'ai décrite précédemment. Elle la rappelle par sa circonscription exacte à la région commissuraire; — par sa forme de lésion en feuillets de livre, composée de deux segments qui, affectant l'extrémité de l'une et l'autre lèvre, sont, tour à tour, adossés ou séparés, suivant que la bouche se ferme ou s'entr'ouvre; — et, enfin, par la rhagade ulcéreuse qui sépare ces deux segments. — Si bien que tout praticien qui voit la perlèche pour la première fois ne manque jamais de la prendre pour une plaque muqueuse.

« Impossible, même, a-t-on dit, de la différencier d'une plaque muqueuse. » Cela est vrai pour nombre de cas, mais exagéré pour d'autres, me semble-t-il. Quelquefois, en effet, la perlèche ne consiste qu'en une sorte de macération de l'épithélium qui *blanchit*, mais en restant *sec*, *adhérent* et comme plissé, chiffonné. Or, la plaque muqueuse est toujours une *érosion*, une lésion « à vif ». Alors même qu'elle se recouvre d'un enduit, elle n'en est pas moins (et cela visiblement) une érosion dépourvue d'épithélium et tapissée d'un enduit qui sert de masque à une surface dénudée; — ce que n'est pas toujours la perlèche.

En tout cas, de l'aveu commun, les seuls signes objectifs restent en général impuissants à différencier la perlèche de la plaque muqueuse. Or, comme la perlèche n'a que des symptômes objectifs et que, d'autre part, sa bactériologie est encore indéterminée, la question diagnostique aboutit à une impasse ou n'est susceptible que d'une solution indirecte, d'après la constatation de l'état syphilitique ou non syphilitique du malade. Somme toute, la perlèche ne peut encore être affirmée que *par exclusion de la syphilis,* voilà la vérité.

VII. — **Lésions mercurielles.** — Indépendamment de son type aigu

et classique, la stomatite mercurielle se traduit quelquefois, d'une façon sourde et relativement chronique, par des lésions encore peu connues qui peuvent donner le change pour des syphilides buccales. J'ai vu, plusieurs fois, de telles lésions être réputées syphilitiques, traitées comme telles et naturellement aggravées.

Cette forme torpide de la stomatite mercurielle se manifeste par deux ordres d'accidents : des érosions ou des exulcérations de la muqueuse buccale, et des placards diphtéroïdes.

Ces érosions se rencontrent surtout en arrière des dernières molaires (notamment au niveau de la paroi postérieure de l'espace libre qui fait communiquer le vestibule de la bouche avec la cavité buccale), sur la muqueuse génienne et sur les bords latéraux de la langue, plus rarement sur les gencives ou le palais. — Elles sont mal limitées comme frontières, irrégulières de forme, rouges de fond ou parfois grisâtres, et de proportions très variables (lentille, haricot, pièce d'un franc, etc.).

Les placards diphtéroïdes ont un siège de prédilection, à savoir la muqueuse des joues, dans sa moitié postérieure et au niveau des dents. Ils sont généralement ovalaires et comparables, comme dimensions, à un noyau de prune. Ils se recommandent surtout à l'attention par l'aspect tout particulier de leur surface, qui offre une teinte d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc sale, et qui, de plus, paraît tapissée ou bien d'une pellicule pseudo-membraneuse ou bien d'un enduit limoneux très adhérent.

Je ne m'attarderai pas à rechercher ici des différences objectives, entre ces lésions et les syphilides buccales. Car il est d'autres signes qui peuvent plus facilement et plus sûrement déterminer le diagnostic. Ces signes sont naturellement ceux d'une irritation mercurielle de la bouche. Toujours, en effet, on observera en coïncidence avec les lésions sus-décrites divers témoignages de stomatite hydrargyrique, à savoir : gingivites partielles, notamment au niveau des incisives inférieures ou en arrière de la dernière molaire inférieure ; — odeur aigrelette et fétide de l'haleine ; — léger degré de ptyalisme, etc. — D'ailleurs l'amendement immédiat, qui suivra la suspension du traitement mercuriel, sera pleinement significatif.

VIII. — **Erosions** ou **ulcérations d'origine dentaire.** — Les excoriations traumatiques qui résultent du contact d'une dent, soit déviée, soit chargée de tartre, soit surtout ébréchée et offrant une arrête aiguë qui lèse la muqueuse, ont été souvent prises pour des manifestations d'ordre syphilitique. L'erreur cependant est facile à éviter, car les lésions de cet ordre ont un signe propre et caractéristique, à savoir, leur relation de contiguïté, leur rapport de *vis-à-vis* avec la dent coupable. — Simple possibilité de méprise qu'il suffira de signaler.

IX. — Nombre d'autres affections buccales pourraient encore prendre place dans ce parallèle diagnostique, mais sans grand intérêt. Car celles qui me resteraient à mettre en scène, tout en présentant d'indéniables analogies avec les syphilides buccales, s'en distinguent aisément par d'autres caractères qui ne prêtent pas à confusion. Il suffira donc de mentionner ici, simplement, quelques-unes d'entre elles, à savoir :

1° Le *chancre syphilitique*, que déterminent suffisamment et son induration propre, et son bubon satellite, et la chronologie morbide.

2° Le *chancre simple*, qui est prodigieusement exceptionnel dans la cavité buccale et que différencient son caractère ulcéreux, ses bords entaillés, son fond jaunâtre et inégal, son auto-inoculabilité, sa bactériologie propre, etc.

3° L'*énanthème de l'antipyrine*, extraordinairement variable de formes, depuis le simple érythème congestif jusqu'aux modalités phlycténoïdes, érosives, excoriatives, diphthéroïdes, œdémateuses, etc. (1). — Se distingue catégoriquement par son étiologie, sa soudaineté d'invasion, son acuité, sa douleur, etc. — Une seule difficulté pratique, c'est de penser à l'antipyrine et de la mettre en cause comme origine possible de tels symptômes, alors que les malades ne déclarent pas spontanément avoir fait usage de ce remède.

Une forme des plus curieuses de cet énanthème buccal, dérivant de l'antipyrine, a été observée par M. le Dr Morel-Lavallée sur une femme qui présentait au niveau du plateau dorsal de la langue « une zone dépapillée, rouge, lisse, luisante, à contours régulièrement polycycliques ». Cette lésion, qui « *reproduisait idéalement l'aspect d'un placard de syphilide muqueuse secondaire* », résultait d'un traitement prolongé par l'antipyrine.

4° L'*ulcère tuberculeux*, dont les caractères ont été signalés précédemment (voy. p. 141).

5° Les *érosions leucoplasiques*, dont il va être question dans l'un des paragraphes suivants.

6° Les *ulcérations du psoriasis buccal*, facilement reconnaissables comme nature, de par leur coïncidence, avec les placards leucomateux dont elles ne sont qu'un épiphénomène.

7° L'*ulcération linguale de la coqueluche*, que signale sa particularité de siège au niveau du frein, etc., etc.

TRAITEMENT. — Le traitement réalise ici un double office bienfaisant. Car on peut le dire tout-puissant à la fois, et pour délivrer à bref délai les malades d'accidents importuns, gênants, douloureux, et pour éteindre non moins vite des foyers de contagion.

(1) Voy. Thèse du Dr V. Clément, où se trouvent réunies nombre d'observations de ce genre. — Paris, 1897.

Trois points se présentent à établir relativement à la thérapeutique spéciale des syphilides de la bouche et de la gorge, à savoir :

1° Qu'il n'est pas à compter sur la médication interne pour faire prompte justice de ces accidents;

2° Que la cautérisation constitue en l'espèce le procédé curatif par excellence;

3° Que l'action des caustiques doit être aidée et complétée par quelques topiques et une hygiène sévère de la bouche.

Premier point. — Attaquer ces lésions exclusivement par la médication mercurielle (et *a fortiori* par la médication iodurée) serait une pratique non pas seulement défectueuse, mais dangereuse. Car ce serait condamner les malades à les conserver bien longtemps, et condamner autrui à en subir la contagion tout le temps qu'elles persisteraient.

S'il est un fait thérapeutique actuellement bien démontré, c'est que les syphilides secondaires de la bouche cèdent bien moins facilement à un traitement général, quel qu'il soit d'ailleurs, qu'au traitement local le plus simple. Si l'on en attendait la guérison du mercure *seul*, on pourrait l'attendre en vain pendant plusieurs mois, tandis qu'avec une médication topique on en fera justice en quelques jours. Le mercure n'est bon qu'à *prévenir* ces accidents, à en modérer la repullulation habituelle, à en tarir la source; mais, une fois produits, il n'exerce sur eux qu'une action curative des plus lentes.

Aussi bien est-ce à la médication topique qu'il faut s'adresser dans tous les cas, pour débarrasser hâtivement les malades de ces lésions.

Second point. — En tant que méthode topique, c'est, de l'aveu général, la cautérisation qui agit le plus énergiquement et le plus rapidement sur ces accidents. Ce que fait à peine le mercure en des semaines et des mois, la cautérisation le réalise en quelques jours, et cela de la façon la plus sûre.

Donc, **cautériser les plaques muqueuses bucco-gutturales**, voilà le principe. Venons maintenant à l'application.

I. — *De quel caustique faire choix?* — Excluons d'abord les mauvais caustiques, qui sont de deux ordres : les caustiques *trop faibles* et les caustiques *trop forts*.

Les caustiques trop faibles, tels que la solution de nitrate d'argent, la teinture d'iode, le sulfate de cuivre, etc., ne réalisent pas une modification suffisante. Ils laissent subsister la lésion; souvent même ils n'aboutissent qu'à l'irriter et à l'entretenir. Que de fois n'ai-je pas vu des malades timorés en faire usage inutilement pendant des semaines et des mois, puis guérir tout aussitôt, par l'intervention d'un caustique plus puissant!

Les caustiques trop forts (tels que l'acide sulfurique, l'acide chromique, le chlorure de zinc, etc.) sont ici déplacés, en raison de la disproportion de leur action destructive avec la bénignité de la lésion à modifier. Ils exposeraient d'ailleurs à des cicatrices qu'il importe et qu'il est facile d'éviter.

De par expérience, il n'est en l'espèce que deux caustiques auxquels il convienne d'avoir recours, à savoir : le *nitrate d'argent* solide, en crayon, et le *nitrate acide de mercure*.

Le premier, caustique faible par rapport au second, donne des résultats très suffisants dans la très grande majorité des cas, mais non dans tous les cas. Il a pour lui trois avantages : d'être dans la trousse de tous les médecins; — d'être d'un maniement facile et connu de tous; — d'être peu douloureux. — Mais il est des cas où il reste *insuffisant*, où il ne réalise pas tout l'effet nécessaire à la modification et à la répression de certaines plaques muqueuses, où tout au moins il guérit moins vite que le nitrate acide de mercure.

Celui-ci, au contraire, est d'une action bien plus énergique, plus rapide et plus sûre. Mais il a le désavantage d'être douloureux, plus douloureux que le nitrate d'argent. Et, d'autre part, il est d'un maniement plus délicat; il exige du médecin un apprentissage spécial dont je parlerai dans un instant. — Il faut donc le réserver à certains cas que je spécifierai plus loin.

II. — Dans toute cautérisation, le principe primordial est de limiter exactement l'action du caustique à la surface malade sans la déborder, sans empiéter en dehors d'elle sur les tissus sains.

Or, avec le crayon de nitrate d'argent, nul embarras, nulle difficulté à ce point de vue. Avec un peu d'attention on touche exactement ce qu'on veut cautériser et rien de plus.

Mais il n'en est pas de même pour le nitrate acide de mercure. Celui-ci est un caustique *fluide*, qui s'étale, qui « déborde », qui fait « tache d'huile ». Une main novice qui veut cautériser avec lui une surface large comme une lentille, je suppose, ne manquera guère de produire une cautérisation large comme une pièce de 50 centimes, si ce n'est plus.

Le maniement de ce caustique exige donc quelques précautions qui, si simples soient-elles, ne se devinent pas et ressortent seulement de l'expérience. Je les résumerai brièvement.

D'abord, ne pas se servir pour la cautérisation (comme on ne le fait cependant que trop souvent) d'instruments défectueux ou même dangereux, tels que les trois suivants :

1° La baguette de verre (*agitateur* des laboratoires de chimie), qu'on trempe dans le liquide et qu'on promène ensuite sur la lésion. Mauvais, très mauvais instrument qui, tout naturellement, ne s'imprègne pas du liquide, ne le retient pas, et, tout au contraire, le laisse couler en gouttes.

2° Le pinceau d'aquarelle qui, inversement, s'imprègne trop, s'imbibe trop, puis, par expression, se dégorge d'un excès de liquide.

3° Le pinceau d'ouate, que l'on improvise dans nos hôpitaux en enroulant un peu d'ouate autour d'une fine baguette de bois. Grossier et détestable instrument, qui expose à de redoutables accidents par ce fait que le tampon d'ouate, mal fixé au bout de la baguette, peut se détacher et tomber. Or, où tombe-t-il alors? Soit dans la bouche, où il cautérise tout ce qu'il touche, soit dans le pharynx, où il cautérise le pharynx, l'épiglotte, le vestibule laryngé. Eh bien, c'est dans ce dernier cas que surgit tout aussitôt une *effroyable scène* à laquelle il faut avoir assisté pour s'en faire une idée, à savoir : angoisse soudaine, spasme laryngé des plus intenses, impossibilité absolue de respirer, *strangulation* terrifiante, avec tout le cortège des symptômes usuels en pareille occurrence, c'est-à-dire : agitation désordonnée, jactitation des membres, expression de terreur sur le visage, quelquefois même ictus, chute et perte de connaissance ; puis, retour de la respiration par inspirations stridentes et entrecoupées, toux convulsive, etc., etc. J'ai même connaissance d'un cas où une scène de cet ordre s'est terminée par *la mort* (par la mort, je répète à dessein) dans le cabinet d'un de nos confrères.

Le mécanisme de tels accidents est toujours le même, et le voici en deux mots : Au moment où le pinceau touche la gorge, il détermine soudain un spasme réflexe de l'isthme pharyngé, qui saisit l'extrémité du pinceau, le serre convulsivement, et en détache le tampon terminal ; ce tampon alors est véritablement dégluti pour un instant, puis rejeté par de violents efforts de toux, mais non sans avoir cautérisé, pendant son court séjour dans la cavité pharyngienne, tout ce qu'il a touché.

Dans le cas mortel précité, on s'était servi d'une baguette de verre pour cautériser des plaques de la gorge, et ce fut « la chute d'une goutte de liquide glissant le long de l'instrument qui détermina le spasme ».

Aussi bien, de par ces enseignements de la pratique, n'est-il que deux façons de cautériser au nitrate acide d'hydrargyre les plaques muqueuses bucco-gutturales, à savoir avec l'allumette ou avec le porte-caustique à pas de vis terminal.

L'*allumette* vulgaire, trempée un instant dans le caustique, est suffisante pour les plaques muqueuses « à portée », qu'on a sous la main, c'est-à-dire pour celles des lèvres ou de la partie antérieure de la langue. Faite d'un bois poreux, elle emmagasine le caustique et, même égouttée, en retient encore assez pour le but qu'on se propose. — Taillée en pointe, elle convient parfaitement pour la cautérisation des plaques muqueuses fissuraires, en rhagades. — On peut encore s'en servir d'une autre façon, en enroulant à l'un de ses

bouts un peu d'ouate qu'on a soin de bien immobiliser par quelques encoches faites au canif sur le bout de l'allumette.

Mais, pour les plaques muqueuses lointaines, telles que celles de la gorge ou de la base de la langue, le *porte-caustique à pas de vis terminal* est indispensable. Il consiste tout simplement en une fine tige de métal entaillée en pas de vis à l'un de ses bouts. Ce pas de vis remplit en l'espèce le très utile office de fixer solidement par son arête en spirale le tampon d'ouate que l'on enroule autour de lui. Nulle crainte que ce tampon ne glisse, ne se détache, alors même qu'il serait saisi par un spasme pharyngé.

L'instrument étant préparé de la sorte, on trempe le tampon dans le liquide; — puis on l'exprime légèrement dans un peu d'ouate sèche, car, sans cette précaution, il contiendrait toujours un excès de caustique qui pourrait couler sur la plaie; — et, enfin, on le promène doucement sur la surface à cautériser, en ayant bien soin de ne pas la déborder, de ne pas en dépasser les limites. — Puis, tout aussitôt, on fait gargariser le malade avec un peu d'eau.

Pratiquée de la sorte, la cautérisation au nitrate acide de mercure reste exempte de tout danger.

III. — Des deux caustiques dont nous disposons, auquel donner la préférence ?

Ce serait une faute que d'exclure l'un ou l'autre systématiquement. Il est bien autrement médical d'utiliser l'un et l'autre suivant les indications. Ainsi :

1° Si l'on a affaire à des syphilides jeunes, petites, facilement curables, le choix est indifférent quant au résultat qui sera toujours bon. Donc, donner la préférence au nitrate d'argent qui est moins douloureux.

2° Au contraire, s'agit-il de plaques muqueuses déjà anciennes, ayant résisté à divers traitements, préférer au nitrate d'argent, qui pourrait rester inefficace, le nitrate de mercure, modificateur bien autrement énergique.

3° Il est des cas où le siège de la lésion doit guider le choix. Pour les plaques muqueuses du bout de la langue, région extrêmement sensible, préférer le nitrate d'argent. — Pour les plaques muqueuses des gencives ou du palais, régions au contraire peu sensibles, recourir au nitrate de mercure toujours plus efficace et plus sûr.

4° Si l'on est en présence de plaques muqueuses de grande étendue ou, ce qui revient au même, de plaques muqueuses très multiples, confluentes, le choix du nitrate d'argent s'impose. Car une cautérisation faite avec le nitrate de mercure sur de larges surfaces constituerait un véritable *supplice*. J'ai vu des malades, à la suite de cautérisations faites avec ce dernier agent sur des points multiples de la bouche, se tordre de douleurs pendant des heures entières, se rouler à terre, comme si, suivant leur propre expression, ils avaient « du feu

ou des tisons dans la bouche ». J'ai vu des femmes rester pour quelques heures en état de crises nerveuses. Des accidents plus sérieux ont même été quelquefois observés. Ainsi le Dr Jullien a relaté le cas d'un malade qui, s'étant cautérisé lui-même le fond de la gorge (*largâ manu*, il est vrai) avec le nitrate de mercure, fut pris d'une otite très douloureuse, suivie de suppuration de la caisse et de perforation du tympan.

D'ailleurs, lorsque les syphilides bucco-gutturales sont très étendues comme surface ou très multiples, une règle de pratique s'impose : c'est le système des **cautérisations par départements** réparties en plusieurs séances. Exemple :

Un malade, je suppose (et le cas n'est pas rare) se présente avec la bouche et la gorge criblées de plaques muqueuses. On procédera de la sorte : Cautériser le premier jour les plaques muqueuses d'une lèvre ; — le second jour, celles de l'autre lèvre ; — le troisième, celles de la langue ; — le quatrième, celles de la gorge, etc. Chacune de ces cautérisations partielles ne produira qu'une douleur moyenne, tolérable ; tandis que l'addition de ces quatre douleurs à la suite d'une cautérisation unique et générale n'eût guère manqué de déterminer une crise de souffrance des plus aiguës, une véritable scène de torture.

IV. — Ces cautérisations fractionnées s'imposent également dans un cas spécial qui est très commun, à savoir, le cas de plaques gutturales confluentes, s'étalant sur tout ou partie de l'isthme du gosier. Si l'on cautérise (même avec le crayon et, *a fortiori*, avec le nitrate de mercure) toutes ces plaques muqueuses en une seule séance, on risque, comme j'en ai vu de nombreux exemples, de produire une effroyable scène de douleurs, avec spasme réflexe, impossibilité de déglutition, sensation « de feu » dans la gorge, strangulation véritable, etc. La même cautérisation, au contraire, sera facilement tolérée, si l'on a soin de la pratiquer par départements en plusieurs séances.

V. — La douleur qui suit la cautérisation (et, plus spécialement, la cautérisation de la gorge) ne lui succède pas immédiatement, en général du moins. Le plus souvent, elle ne se produit ou n'atteint son apogée qu'après quelques minutes, cinq à dix minutes en moyenne. — Elle ne se prolonge guère au delà de dix à trente minutes.

Il y a moyen, d'ailleurs, de la modérer et de l'abréger. On y parvient à l'aide de gargarismes ou plutôt de bains de bouche, répétés et prolongés, avec divers liquides : eau froide ; — lait froid ; — décoction de guimauve ; — décoction de guimauve et de pavot, etc. — Les boissons glacées, que l'on conserve dans la bouche jusqu'à ce qu'elles ne soient plus froides et qu'on renouvelle au fur et à mesure qu'elles se réchauffent, soulagent aussi fort bien.

Quelques-uns de mes clients, coutumiers de cautérisations buccales en leur qualité de fumeurs incorrigibles, m'ont dit éprouver un soulagement immédiat en avalant une glace par petites gorgées tout aussitôt après l'application du caustique.

VI. — Qu'elle ait été pratiquée avec le nitrate de mercure ou le nitrate d'argent, une seule cautérisation peut suffire à la guérison. Mais tel n'est pas toujours le cas, et souvent même une première cautérisation, si bien faite qu'elle ait été, laisse subsister une partie de la lésion. Force est alors de revenir au caustique. Mais à quelle échéance? C'est-à-dire à quel terme, à quelle distance chronologique les cautérisations doivent-elles se succéder?

L'expérience apprend ceci : *qu'une cautérisation doit toujours être distancée d'une cautérisation antérieure par un intervalle d'au moins quatre jours.* — Ce terme est rigoureusement nécessaire pour apprécier le résultat obtenu et décider s'il y a lieu ou non de renouveler l'action du caustique.

Il faut donc se garder absolument de cette niaise pratique qui consiste en des cautérisations itératives et rapprochées. Pour avoir vu nombre de malades abuser des cautérisations jusqu'à les répéter tous les deux jours, tous les jours, et même deux fois par jour, je suis en mesure d'affirmer qu'un tel mode de traitement n'aboutit à rien de bon, loin de là ! Multipliées de la sorte à courtes échéances, les cautérisations n'ont pour résultat que de détruire l'effet même de la cautérisation, à savoir le processus cicatriciel, d'irriter les tissus et de retarder la guérison.

VII. — Enfin, lorsqu'on a jugé nécessaire, en vue de modifier des plaques anciennes et rebelles, l'intervention du nitrate de mercure, cela n'implique en rien que des cautérisations ultérieures doivent être pratiquées avec le même caustique. Lorsque le caractère mauvais et réfractaire de ces syphilides a été réprimé par cet agent, des caustiques plus légers et moins douloureux, tels que le crayon argentique, peuvent amplement suffire à achever la cicatrisation.

Troisième point. — L'action modificatrice de la cautérisation devra toujours être aidée et complétée par quelques soins auxiliaires, à savoir :

1° *Hygiène sévère de la bouche*, consistant en ceci : Avant tout, proscription absolue du tabac qui, je le répéterai une dernière fois, constitue une cause d'irritation majeure, servant d'appel à la production et à la reproduction des plaques ; — proscription de la chique, des alcools, des mets épicés, irritants, etc. ; — propreté minutieuse de la bouche; rinçage de la bouche non pas seulement matin et soir, mais, en plus, à la suite de chaque repas ; — entretien minutieux des dents en un état irréprochable ; — en un mot, asepsie buccale, dans la mesure du possible.

2° *Médication topique.* — Deux ordres de topiques sont surtout à recommander : les gargarismes et les collutoires.

Gargarismes. — Dans les deux ou trois jours qui suivent la cautérisation, comme aussi dans tous les cas où persiste un certain degré d'irritation buccale, avoir simplement recours aux *émollients*, qui seuls sont tolérés, tolérables, et qui soulagent bien mieux que n'importe quel autre agent médicamenteux, bien mieux que les astringents en particulier. Se garder, à cette époque et dans ces conditions, de recourir au chlorate de potasse et à l'alun, qui sont irritants, qui « piquent » la bouche, comme disent les malades, et ne font qu'accroître l'éréthisme local. En conséquence, se borner alors à prescrire des gargarismes ou mieux des *bains de bouche*, fréquemment, très fréquemment répétés et prolongés au moins quelques minutes, avec des liquides tels que les suivants : décoction de guimauve, coupée ou non de lait; — décoction d'orge ; — décoction de pavot ; — lait, etc.

Plus tard, et plus tard seulement, c'est-à-dire après sédation des phénomènes aigus, avoir recours aux gargarismes légèrement astringents, tels que les suivants :

℞ Eau distillée	250 grammes.
Chlorate de potasse	8 à 10 grammes.
Sirop de mûres	60 grammes.

Mêlez.

Ou bien :

℞ Eau distillée	250 grammes.
Borate de soude	8 à 10 grammes.
Miel rosat	60 grammes.

Mêlez.

Ou, plus simplement, prescrire aux malades de se baigner fréquemment la bouche avec une solution de chlorate de potasse qu'ils prépareront économiquement eux-mêmes en versant dans un grand verre d'eau ordinaire 4 à 5 grammes de chlorate de potasse.

Collutoires. — Non dépourvus de quelque utilité quand ils sont mis en usage d'une façon régulière et persévérante. — L'un des plus simples et des meilleurs est le suivant :

℞ Glycérine pure	30 grammes.
Borate de soude	10 —

Mode d'application : une dizaine de fois par jour, badigeonner les plaques avec un pinceau d'aquarelle imbibé de ce collutoire.

Enfin, comme remède d'indication exceptionnelle, je mentionnerai la *cocaïne*. En cas d'éréthisme douloureux de la bouche, on parvient quelquefois à soulager, assez efficacement, les malades par des gar-

garismes préparés avec les feuilles de coca (2 grammes de feuilles pour 200 grammes d'eau, en infusion), ou bien par des badigeonnages, soit avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1 gramme pour 20 grammes d'eau distillée), soit avec de la vaseline cocaïnée, etc.

Dysphagie syphilitique secondaire. — I. — La dysphagie pharyngienne est un symptôme des plus communs au cours de la syphilis secondaire. Pour la grande majorité des cas elle trouve son explication, toute naturelle, dans la présence de syphilides localisées sur l'isthme guttural. Aussi bien disparaît-elle tout aussitôt après la cautérisation et la guérison de ces syphilides.

Mais il est non moins positif qu'en certains cas elle existe et persiste d'une façon propre, essentielle, indépendamment de toute érosion ou ulcération de la gorge. C'est de la sorte qu'on est parfois consulté par des malades affectés de syphilis secondaire qui se plaignent de « maux de gorge », voire de « maux de gorge persistants », sans que l'examen objectif rende en rien compte de tels symptômes. Bref, douleur gutturale et absence de syphilides gutturales susceptibles d'expliquer cette douleur, voilà le fait.

Cette dysphagie secondaire sans lésions (j'entends sans lésions spécifiques apparentes) est en général légère. Elle consiste bien plutôt, à vrai dire, en une gêne, un embarras de la gorge, qu'en de véritables douleurs angineuses. — En revanche, elle est assez persistante, rarement inférieure comme durée à plusieurs semaines. — Elle est, de plus, sujette à récidives, si bien qu'elle arrive parfois, avec des intervalles de rémission ou d'intermission, à se prolonger plusieurs mois.

On l'a différemment interprétée, à savoir : soit par des syphilides larvées, se dissimulant à la face nasale du voile palatin ; — soit par une hypertrophie amygdalienne chronique (laquelle, d'ailleurs, fait fréquemment défaut) ; — soit par une myodynie ; — soit par des lésions de l'appareil lymphogène qui encadre l'isthme du gosier. Ainsi, il semble résulter d'intéressantes recherches de MM. Augagneur et Gallois (1) que cette dysphagie reconnaît souvent pour cause une hypertrophie plus ou moins considérable de l'amygdale linguale. « Sur 38 sujets affectés du symptôme en question, disent ces derniers observateurs, nous avons noté une lésion que nous considérons comme la cause directe de cette dysphagie. En arrière du V lingual, sur une petite région de forme quadrangulaire s'étendant du V à la face antérieure de l'épiglotte, on voit une saillie de volume variable suivant les cas. Ordinairement, la tuméfaction a le volume d'une amande à grand diamètre antéro-postérieur, située exactement sur la ligne médiane ; sa teinte rouge sombre, un peu

(1) *Comptes rendus de la Soc. de derm. et syph.*, avril 1896.

livide, tranche sur la couleur des parties voisines. La surface en est presque translucide, comme œdémateuse. Parfois, au lieu d'une surface homogène, uniformément tuméfiée, on voit une série de saillies rougeâtres, quelques-unes isolées, d'autres agglomérées ; il semble que l'amande ait été réduite en fragments, etc. ». On a même décrit deux formes de cette hypertrophie de l'amygdale linguale, l'une intéressant seulement l'élément lymphoïde, l'autre affectant en outre la couche sous-muqueuse (1).

II. — Pour M. Garel (de Lyon) et quelques-uns de ses élèves, « toute dysphagie persistant depuis trois semaines au moins et non explicable par un cancer, une tuberculose ou des calculs amygdaliens, serait un signe presque certain de syphilis. »

Je ferai remarquer que certaines amygdalites chroniques ou même la simple pharyngite des fumeurs déterminent et entretiennent des dysphagies persistantes sans rien comporter de syphilitique. Mais, sous le bénéfice de ces réserves, j'accorde qu'en effet une dysphagie persistante doit éveiller, *a priori*, le soupçon de syphilis et diriger les recherches en ce sens. Le signe de M. Garel a donc, à tout le moins, le mérite d'ouvrir une piste, dont le diagnostic peut tirer un utile profit (2).

SYPHILIDES OU PARASYPHILIDES LEUCOPLASIFORMES DE LA BOUCHE.

A dessein j'ai laissé de côté jusqu'à présent, pour leur donner une place à part, des accidents d'un ordre tout spécial qu'il n'est pas rare de voir se produire sur la bouche, au cours de la période secondaire et qui, objectivement, consistent en ceci : des taches ou des placards blanchâtres rappelant l'aspect des lésions *leucoplasiques*.

D'une façon générale, la question de la leucoplasie dans ses rapports avec la syphilis est l'une des plus complexes et des plus difficiles de la pathologie spéciale (3). Il n'est même aucune exagération à dire que, sur la plupart des points, cette question ne fait que d'être posée et reste encore absolument *non résolue*.

A l'envisager ici, seulement en ce qui concerne la période secondaire, divers problèmes, comme on va le voir, s'imposent à notre étude.

(1) Voy. Escat, Sur la pathologie de l'amygdale linguale (*Soc. française d'otologie*, etc., 1898).

(2) Voy. Dr Garel, *Lyon médical*, octobre 1892 ; — Dr Carbonnier, *Contribution à l'étude de l'angine syphilitique aux trois périodes; dysphagie prolongée*, thèse de Lyon, 1894 ; — Dr Jourdanet, *De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge*, thèse de Lyon, 1898.

(3) Cette question a déjà donné lieu à de nombreux travaux, qu'on trouvera signalés dans un récent article du Dr Hamonic, De la leucoplasie buccale dans ses rapports avec la syphilis (*Revue clinique d'andrologie et de gynécol.*, juillet 1898).

I. — Comme point de départ, il est absolument certain qu'on voit parfois se produire sur la bouche des malades, au cours de la période secondaire, des taches *blanches*, absolument blanches, tout à fait différentes de la plaque muqueuse ordinaire, non pas seulement par la couleur, mais par ce double fait : 1° que cette teinte ne résulte pas, comme pour la plaque diphtéroïde précédemment étudiée, d'un simple exsudat de surface, mais d'une sorte d'infiltration superficielle de la muqueuse, infiltration qui fait corps, pour ainsi dire, avec la muqueuse ; — 2° et surtout que la lésion ainsi constituée est durable, stable, permanente, et se montre presque invariablement réfractaire à tout ordre de traitement, soit général, soit local.

A double titre, donc, ces lésions rappellent la leucoplasie, et comme couleur, et comme caractère de manifestations réfractaires à la thérapeutique de la syphilis. On les dirait constituées conséquemment par une leucoplasie.

II. — Il est non moins avéré que ces lésions peuvent dériver et dériver *exclusivement* de l'influence syphilitique.

Cela est démontré par certains cas où on les a vues se produire en dehors de toute cause autre que la syphilis, c'est-à-dire indépendamment de l'abus du tabac (cause prédominante, on le sait, dans l'étiologie de la leucoplasie), de l'arthritis, de la dyspepsie, d'irritations locales, etc.

En l'espèce, la véritable difficulté étiologique était d'exclure l'influence prédisposante ou effective du tabac. Ces lésions leucoplasiques, en effet, ne s'observent guère que dans le sexe masculin, et, dans le sexe masculin, l'usage ou même l'abus du tabac est presque général. Cependant on est parvenu à réunir un certain nombre de cas dans lesquels, je le répète, on les a dûment constatées sur des sujets non fumeurs, n'ayant même *jamais* fumé. De ce fait, comme aussi de l'apparition première de taches leucoplasiques en pleine évolution spécifique, ressort nettement la démonstration d'un lien pathogénique entre ces lésions et la syphilis.

III. — *Comment se traduit cliniquement cette leucoplasie secondaire?* — Le début en passe inaperçu, en raison de l'indolence des lésions. On a dit théoriquement qu'elle préludait par un « érythème local » ; cela reste à démontrer par des observations plus précises. Généralement, malade et médecin ne constatent la lésion que lorsqu'elle est déjà faite, accomplie.

A cette période, elle se présente sous forme de taches ou de tachettes blanches, dont la teinte appelle aussitôt le regard, en tranchant fortement sur la coloration normale de la muqueuse. Ces taches sont variables comme siège, comme configuration, comme nombre, comme teinte, etc. Analysons-les à ces divers point de vue.

Siège. — Elles ont deux points d'élection, à savoir : la langue et la face interne des joues. — Plus rarement on les observe sur la mu-

queuse interne de la lèvre inférieure; plus rarement encore sur les gencives. — Je ne les ai jamais rencontrées sur les piliers, le voile palatin et le pharynx.

A la langue, qui est leur véritable siège de prédilection, elles se localisent en deux points, qui d'ailleurs peuvent être atteints coïncidemment : en première ligne, comme fréquence, bords latéraux, dans leurs deux tiers antérieurs; — en seconde ligne, plateau dorsal, mais presque exclusivement dans son tiers antérieur.

A la face interne des joues, elles se rencontrent le plus souvent au voisinage des commissures labiales. — Parfois encore, elles se prolongent plus en arrière, sous forme d'une bande laiteuse horizontale qui suit le trajet de l'interstice des dents supérieures et inférieures.

Configuration et étendue. — Variables l'une et l'autre. — Ainsi, comme configuration, la leucoplasie secondaire peut affecter les six types suivants :

I. — Type *rond* ou *ovalaire*, dans lequel les taches se présentent à peu près régulièrement arrondies ou, plus souvent, ovalaires, elliptiques ; — comparables alors, comme forme, à des lentilles, des grains de blé, des pépins de poire, de petites amandes, etc.

II. — Type *en traînées*, dans lequel elles sont allongées dans un de leurs diamètres, à la façon de la coulée d'une goutte de liquide.

III. — Type *étoilé*, constitué par une tache centrale déchiquetée sur ses bords en une série de rayons divergents.

IV. — Type en *hachures*, consistant en une série de stries presque parallèles. — Celui-ci est commun sur les bords latéraux de la langue et ne s'observe même que là.

V. — Type *arborescent*, dit encore *en dentelle* ou *en feuille de fougère*, constitué par de longues stries entrecroisées qui forment un véritable lacis plexiforme. — Fréquent sur la face interne des joues. — Je voyais dernièrement un malade qui présentait sur cette région un riche réseau de cet ordre, représentant presque une toile d'araignée.

VI. — Type *en semis*, formé par une agglomération de petits points blancs tout à fait comparables à des *grains de semoule*. — Celui-ci est particulier au plateau dorsal de la langue.

Sous telle ou telle de ces modalités, les lésions leucoplasiques sont généralement déposées sur une muqueuse d'ailleurs indemne et normale d'aspect. Assez souvent aussi on les trouve contiguës à des îlots de muqueuse rouge, lisse, dépapillée (glossite desquamative secondaire).

Elles n'affectent en général qu'une étendue minime, que j'ai déjà comparée à celle d'une lentille, d'un pépin, d'un haricot. — Seules, celles du type en traînée ou en bande s'étalent quelquefois sur d'assez larges surfaces. Sur un de mes malades, une traînée de ce genre, située sur la moitié postérieure d'un bord latéral de la langue, mesurait de 2 à 3 centimètres d'avant en arrière sur une hauteur d'un cen-

timètre environ (dimensions d'un pruneau, approximativement). — Sur un autre, un placard en dentelle recouvrait presque toute la surface de la joue. — Sur un troisième, une bande horizontale, d'un centimètre de hauteur, partait d'une commissure labiale pour atteindre la dernière molaire, parallèlement à l'interstice des dents de l'une et l'autre mâchoire.

Ajoutons que des îlots leucoplasiques, individuellement petits, peuvent s'agminer et, par coalescence, constituer des *placards* plus ou moins larges. Cela s'observe assez fréquemment sur le plateau dorsal de la langue, à son tiers antérieur.

Nombre. — On peut n'avoir à constater qu'un îlot unique de leucoplasie. Mais ce n'est là que l'exception. Généralement, on rencontre plusieurs de ces placards, au nombre de 2, 3, 5 et même davantage, soit localisés sur un département de la bouche, soit, plus souvent, disséminés sur plusieurs régions.

Contour, relief. — Les lésions leucoplasiques, ont toujours une ligne frontière bien marquée, qui les distingue nettement des parties saines. Mais cette ligne ne s'astreint que rarement à une forme méthodique ; plus habituellement, elle est irrégulière, sinueuse, capricieuse, souvent déchiquetée ou même étoilée, grâce à des irradiations, des jetées, des prolongements en divers sens.

Enfin, elles sont tellement ténues que, tout en épaississant la couche épithéliale, elles ne forment pas de relief véritable à la surface de la muqueuse, et ne fournissent pas au doigt la sensation d'une rénitence morbide.

Couleur. — Blanche, comme l'indique leur nom, mais de ton variable, à savoir : ou véritablement *laiteuse*, ou seulement *lactescente*.

Laiteuse, elle rappelle exactement à l'œil la teinte blanc opaque d'une goutte de lait, ou bien l'aspect d'une érosion qui vient d'être cautérisée à la pierre infernale, ou bien encore celui d'une couche de collodion concrété sur la peau.

Lactescente, elle affecte le ton opalin et blanc bleuâtre d'une goutte de lait dilué d'eau ou du petit-lait clair. Et alors elle laisse entrevoir par transparence la muqueuse sous-jacente.

Dans l'un et l'autre cas elle est le plus souvent remarquable par un aspect brillant, reluisant, *nacré*, presque caractéristique en certains cas.

A noter expressément que cette pellicule laiteuse ou lactescente, qui constitue la physionomie de la lésion, n'est pas séparable de la muqueuse, même par le grattage; elle fait partie de la muqueuse, elle y est incorporée. Pour mieux dire, c'est la muqueuse elle-même qui, transformée de la sorte dans ses couches les plus superficielles, revêt cette apparence blanchâtre et nacrée.

Troubles fonctionnels. — Nuls, en l'absence de complications. Par elle-même, la leucoplasie secondaire est absolument indolente et

n'éveille tout au plus que la sensation indifférente d'un corps étranger surajouté à la muqueuse. Interrogés à ce point de vue, les malades répondent ou bien « qu'ils ne sentent rien », ou bien qu'ils sentent « quelque chose comme une pelure d'oignon, comme un débris alimentaire qui serait resté sur leur langue », etc. Quelques-uns accusent cependant des picotements, des élancements dans la langue, des brûlures, quand ils mangent des aliments acides ou épicés, quand ils boivent de l'alcool et surtout quand ils fument avec excès.

Mais la scène change et des symptômes de phlegmasie buccale (douleurs, ptyalisme, gêne de la mastication, de la parole, etc.) ne tardent pas à surgir, dès qu'il s'ajoute à la leucoplasie une irritation quelconque et, notamment, lorsqu'il se produit à son voisinage une fissure, une craquelure, une érosion, en un mot, une dénudation du derme. Or, des accidents de cet ordre sont absolument communs. Par un processus quelconque, il arrive très fréquemment que des îlots érosifs se constituent soit sur les frontières, soit même au centre des placards leucoplasiques. Qu'est-ce donc que ces îlots érosifs ? Dérivent-ils, comme on l'a dit, d'exfoliations se produisant sur les placards leucoplasiques et à leurs dépens ? Ou bien ne sont-ils constitués que par des inflammations spécifiques ou non spécifiques qui évoluent pour leur compte au voisinage des lésions leucoplasiques ? C'est là un point qui n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici et sur lequel on ne saurait être fixé.

Puis, enfin, question bien autrement majeure et sur laquelle les malades demandent souvent à être renseignés, ces lésions leucoplasiques (qui, très certainement, restent inoffensives alors qu'elles sont sèches) deviennent-elles ou non dangereuses au point de vue de la contagion, alors qu'il s'y ajoute des éléments humides, érosifs ou exulcéreux? Sont-elles ou ne sont-elles pas susceptibles de transmettre la syphilis ? Personne ne saurait le dire quant à présent. Répondre affirmativement aux malades est, dans notre ignorance, la ressource prudente qui nous reste, mais qui n'éclaire en rien la question.

Durée. — Tandis que la plaque muqueuse ordinaire est une lésion pour ainsi dire éphémère, qui guérit en quelques semaines, voire parfois en quelques jours, la leucoplasie secondaire, inversement, constitue une manifestation stable, durable, sur laquelle tout traitement n'exerce qu'une influence lente et souvent même presque nulle. Ce double attribut de *durée* et de *résistance au traitement spécifique* est même la caractéristique par excellence de la leucoplasie secondaire, caractéristique qui la différencie formellement, catégoriquement, des autres manifestations buccales d'ordre syphilitique.

Et, en effet, je le répète à dessein, pour la très grande majorité des cas, voire pour la totalité des cas usuels où elle se complique d'excitations tabagiques, cette leucoplasie devient une lésion permanente, définitive,

rebelle à tous les agents (au moins actuellement connus) de la thérapeutique.

Certes, on peut en guérir, mais à la condition, semble-t-il, que la lésion soit jeune, limitée, non compliquée d'influences étrangères, et combattue de bonne heure par un traitement énergique. Mais, ce qui est non moins certain, c'est que, dans des conditions opposées, elle se montre rebelle, réfractaire, et persiste. Toujours, notamment, je l'ai vue persister et s'établir à l'état de lésion confirmée, permanente, chez les sujets qui continuent à fumer.

En définitive, qu'en advient-il avec le temps? Persiste-t-elle à tout jamais, ou bien, à la façon de la syphilide pigmentaire, aboutit-elle à s'effacer, alors, bien entendu, qu'elle n'est pas entretenue par le tabac ? Cela, nous n'en savons encore rien, pour la raison que, ennuyés, dépités, voire découragés par les insuccès du traitement, les malades désertent nos consultations à un moment donné; de sorte que le résultat final nous échappe. Encore un point à élucider par un supplément d'enquête.

Diagnostic. — La leucoplasie secondaire est très généralement d'un diagnostic facile, qui repose sur des signes et des considérations d'une évidence formelle, à savoir : coloration blanche et nacrée, presque caractéristique; — lésions nettement circonscrites et de siège particulier ; — absence de lésions d'un autre ordre ; — coïncidence possible d'autres manifestations spécifiques soit actuelles, soit récentes, etc.

Ce diagnostic cependant ne saurait être accepté sans exclusion rationnelle de quelques autres affections qui peuvent affecter avec la leucoplasie secondaire de réelles analogies objectives, telles notamment que les trois suivantes :

1° **Plaques muqueuses diphthéroïdes.** — Plus ou moins semblables d'aspect aux lésions leucoplasiques, celles-ci en diffèrent essentiellement en ce qu'elles doivent seulement cette analogie objective à un enduit pseudo-membraneux et non à une dégénérescence, à une kératinisation de la couche épithéliale; — en ce que cet enduit est simplement blanchâtre ou opalin sans offrir de reflet nacré ; — en ce qu'il est éphémère, caduc ; — en ce que les syphilides qui revêtent accidentellement cette physionomie spéciale guérissent le plus facilement du monde et en l'espace de quelques jours sous la seule influence d'une ou de quelques cautérisations, etc. — Une confusion, à la juger possible, ne serait donc pas durable entre les deux ordres de lésions.

2° **Leucoplasie nicotique.** — S'il peut être établi (et c'est là le premier renseignement à recueillir pour un diagnostic différentiel) que la bouche du malade était indemne de toute lésion nicotique avant l'invasion de la syphilis, toute incertitude est levée. Car, s'il suffit de quelques mois à la leucoplasie secondaire pour se constituer et battre

son plein, il n'en est pas de même pour la leucoplasie nicotique qui, elle, ne s'improvise pas de la sorte et exige au contraire de longues années pour s'accomplir.

D'autre part, celle-ci n'a pas exactement les mêmes localisations que celle-là. D'abord, elle fait élection, pour ses débuts, de deux sièges bien précis, à savoir : 1° région commissuraire des lèvres, où elle s'accuse sur la muqueuse génienne par un triangle grisâtre, à base antérieure répondant à la commissure et à sommet effilé postérieur; triangle signalé par moi de vieille date sous le nom de **triangle commissuraire des fumeurs** ; — 2° segment antérieur du plateau dorsal de la langue, qui se couvre dans son ensemble d'une sorte de voile grisâtre par infiltration leucoplasique des papilles et des espaces interpapillaires.

Puis, au delà, elle reste généralement circonscrite à ces deux régions, tout en s'y étalant sur de plus larges surfaces par envahissements progressifs et lents. Mais jamais (autant du moins qu'il est permis de dire « jamais » en pathologie) elle n'affecte certains départements de la langue où se porte au contraire la leucoplasie secondaire, tels que le segment postéro-inférieur du bord latéral, ou la face inférieure de l'organe. En tout cas, elle ne s'y établit jamais d'emblée et rapidement, comme le fait la leucoplasie secondaire.

Enfin, elle est plus grise, plus terne que cette dernière ; elle n'en a pas l'éclat blanchâtre et nacré.

Mais, dira-t-on peut-être, ce ne sont là que de simples nuances ou des signes éventuels d'interprétation délicate, difficile, sujette à erreurs. — Sans doute, répondrai-je ; mais nous n'avons pas mieux, et l'essentiel est de profiter du *peu* dont nous disposons.

3° **Énanthème buccal du lichen plan.** — L'énanthème buccal symptomatique du lichen plan a donné le change plus d'une fois pour une lésion leucoplasique de syphilis.

Cette erreur n'est pas à redouter alors qu'avec l'éruption buccale coïncide l'éruption cutanée du lichen plan. Mais il n'en est plus de même dans les cas (moins rares qu'on ne le suppose généralement) où la première existe seule. Le diagnostic ne repose plus alors que sur un ensemble de données objectives qu'on peut résumer de la façon suivante :

Leucoplasie secondaire.	**Énanthème buccal du lichen plan.**
I. — Siège usuel sur face interne des joues et plateau dorsal de la langue (tiers antérieur principalement). — N'affecte jamais le voile palatin, les piliers, la luette.	I. — Siège usuel sur face interne des joues et plateau dorsal de la langue. — Se rencontre aussi quelquefois sur voile palatin, piliers, environs de la luette, gencives, etc.
II. — Coloration laiteuse ou lacteseente, à *reflet nacré* presque caractéristique.	II. — Coloration blanchâtre, mais *sans éclat nacré*, sans brillant ; — quelquefois coloration blanc grisâtre, ou d'un gris-perle.

Leucoplasie secondaire. (*Suite.*)	**Énanthème buccal du lichen plan.** (*Suite.*)
III. — Surface lisse, égale.	III. — Surface *chagrinée*, voire parfois rugueuse. Quelquefois disposition en petits mamelons granuleux.
IV. — Surface non exhaussée, non saillante.	IV. — Surface quelque peu saillante, surtout dans la forme granuleuse, dite « en grain de chènevis ».
V. — Pas d'épaississement de la muqueuse, tout au moins appréciable au doigt.	V. — Muqueuse quelque peu épaissie, rénitente ; — sensation possible de mamelons dans cette même forme granuleuse.
VI. — Nulle influence thérapeutique du traitement par l'arsenic.	VI. — Amendement et même guérison sous l'influence d'un traitement arsenical prolongé avec intermittences.

Mais je dois avouer que des considérations de cet ordre, reposant sur de simples nuances objectives d'appréciation souvent délicate, sont de nature à laisser plus d'une fois le diagnostic en suspens.

Traitement. — Le nombre et la variété des médications qui ont été proposées contre la leucoplasie secondaire témoignent de son caractère rebelle à la thérapeutique.

On a essayé de la combattre de toutes façons, soit par des médications d'ordre général (mercure, iodure, arsenic, bicarbonate de soude, etc.) ; — soit par des médications topiques extrêmement variées (chlorate de potasse, borax, acide borique, acide salicylique, bichromate de potasse, bismuth, etc. ; onctions grasses ; baume du Pérou, eau de Saint-Christau, etc., etc.) ; — soit par des méthodes destructives (caustiques chimiques, cautérisation ignée, raclage, etc.).

De tout cela que reste-t-il ? — Trois ordres d'agents peuvent avoir quelque utilité, à savoir :

I. — Topiques, sous forme de bains de bouche prolongés et répétés, avec décoctions émollientes (préférables à toutes autres en l'espèce), telles que guimauve, orge, graine de lin, etc. ; — badigeonnages boratés ; — cela avec antisepsie buccale, entretien soigneux des dents, et exclusion absolue de toute excitation locale (tabac, alcool, mets épicés, etc.).

II. — Cautérisations circonscrites pratiquées sur les plaques avec le crayon de nitrate d'argent ou, mieux, le nitrate acide de mercure. — Avoir soin de bien circonscrire ces cautérisations aux seuls foyers leucoplasiques et de ne pas les répéter trop souvent.

Ces cautérisations, faites avec prudence, ont eu quelquefois d'heureux résultats. Mais force est de reconnaître qu'elles restent très souvent *non modificatrices* et stériles comme résultats ; ce qui, par parenthèse, démontre bien quelle différence de nature sépare les lésions leucoplasiques des plaques muqueuses vraies, lesquelles sont si facilement et si rapidement guéries par quelques cautérisations.

III. — Traitement spécifique. — Par extraordinaire, le traitement spécifique n'exerce sur ces lésions qu'une influence bien médiocre et presque contestable. — Iodure de potassium absolument inerte. — Mercure très infidèle, c'est-à-dire complètement inefficace en certains cas, puis paraissant en quelques autres recouvrer quelque peu de son action usuelle. Deux remarques, en tout cas, s'imposent ici à son propos :

D'une part, l'expérience démontre qu'administré sous les formes et aux doses courantes le mercure n'exerce aucune modification sur les lésions leucoplasiformes. Très positivement, il n'agit sur elles — quand il agit sur elles — qu'à doses intensives et sous forme d'injections (injections de calomel, à 5 ou 10 centigrammes).

Et d'autre part, cette dernière méthode même n'est pas sans échouer fréquemment, soit qu'elle reste sans le moindre effet curatif, soit qu'après avoir semblé agir pour un temps elle laisse se produire des rechutes et des récidives. Si bien qu'on est presque autorisé à se demander si les guérisons ou les rémissions dont on a cru parfois pouvoir lui faire honneur ne seraient pas des incidents spontanés de la maladie. Ce problème thérapeutique, somme toute, n'a pas encore sa solution.

Toujours est-il — et ceci ne saurait souffrir contradiction — qu'en l'espèce le mercure, même administré à fortes doses et sous la forme hypodermique, est à cent lieues d'exercer sur la leucoplasie l'action si énergiquement répressive et curative qui lui est propre, habituelle, alors qu'il a affaire à des lésions syphilitiques vraies. Ainsi, je traite depuis deux ans et sans le moindre succès un malade (non fumeur, n'ayant même jamais fumé) qui, affecté d'une leucoplasie secondaire vers le quatrième mois de l'infection, conserve encore aujourd'hui ses lésions leucoplasiques, et cela en dépit d'une médication formidable par *trente-neuf* injections de calomel aux doses de 5 à 10 centigrammes ! Voici, comme pièce à conviction qui ne sera pas inutile à produire, l'observation très sommaire de ce malade :

Jeune homme de vingt-trois ans, de bonne constitution, ne faisant aucun excès, non alcoolique, non arthritique, et non fumeur. — Contamination syphilitique en mai 1896. — Chancre en juin, avec adénopathies en pléiade. — En juillet, roséole. — D'octobre à décembre, plusieurs poussées de syphilides buccales. — Traitement par pilules de protoiodure de juillet à décembre, avec quelques intervalles de repos.

Vers octobre, début de lésions leucoplasiques sur les commissures labiales, puis sur les joues et la langue. — Leucoplasie bien accentuée dès les premiers mois de 1897, sous forme d'îlots, de bandes et de stries réticulées de couleur lactescente ou laiteuse. L'une des joues semble, suivant l'expression du malade, « toute barbouillée de lait ». Sur l'autre, réseau blanchâtre à stries entrecroisées, simulant une dentelle à mailles irrégulières. Petits placards blancs sur l'un des côtés de la langue, etc. — Traitement par injections

de calomel, collutoire boraté, cautérisations, gargarismes émollients, etc. — Treize injections de calomel (la plupart à 5 centigr., quelques-unes à 7 et 8 centigr.) dans les premiers mois de 1897.

Vers juillet, amélioration notable, notamment sur les joues, où la teinte leucoplasique a presque disparu. — Six injections nouvelles (de 5 à 8 centigr.). — Iodure de potassium.

En novembre, rechute complète. Réapparition des lésions leucoplasiques. La joue gauche, en particulier, se couvre de taches semblables à des placards de « collodion desséché ». En outre, invasion sur le plateau dorsal de la langue d'un semis de taches roses et dépapillées. — Reprise du traitement : seize injections de calomel (de 5 à 10 centigr.) de novembre à mars 1898. — En outre, iodure de potassium, de 3 à 5 grammes par jour pendant un mois.

En avril, amendement notable sur tous les points, sauf sur la joue gauche qui reste tapissée de semis leucoplasiques.

Cette phase d'amélioration dure peu. Recrudescence en mai, et, derechef, langue envahie par de nombreux îlots de glossite desquamative. — Quatre nouvelles injections de calomel.

En juin, les lésions leucoplasiques persistent. *Elles sont à peu près aujourd'hui, après un traitement vraiment surintense* (39 injections de calomel), *ce qu'elles étaient au début de l'année 1897.* — Le malade inaugure un traitement par injections d'huile grise (de trois à six gouttes).

Nature. — Les caractères histologiques de la lésion restent encore ignorés, par défaut de nécropsies ou de biopsies.

Quant à sa nature, voici ce qu'on en peut dire :

1° Très certainement, l'affection ressortit à la syphilis. D'une façon ou d'une autre, elle est de provenance syphilitique.

2° Suivant toute vraisemblance, cependant, elle n'est pas syphilitique à la façon, par exemple, de la plaque muqueuse, de l'exostose ou de la gomme ; — et cela parce que le *réactif de la spécificité syphilitique*, à savoir le traitement spécifique, est bien loin de l'influencer à la façon dont il influence les manifestations syphilitiques vraies.

3° Donc : d'une part, rebelle au traitement spécifique, et, d'autre part, constituant une lésion d'ordre commun, elle *semble* bien rentrer à ces deux titres dans la catégorie des affections dites *parasyphilitiques*.

SYPHILIS SECONDAIRE DU LARYNX.

Les manifestations secondaires sont assez rares sur le larynx. Elles ne s'observent guère que dans une proportion de 5 à 6 malades sur 100. Ce n'est que justice toutefois d'ajouter que, pour un nombre de cas assez notable, elles échappent aux statistiques parce qu'elles restent ignorées, alors que, siégeant sur des régions du larynx non essentielles à la phonation, elles ne se révèlent par aucun trouble de la voix. C'est là ce qu'a eu le mérite de démontrer M. Gouguenheim.

S'étant astreint à pratiquer indistinctement l'examen laryngoscopique sur toutes ses malades de Lourcine, qu'elles fussent ou non affectées de troubles de la voix, il n'a pas été peu surpris de rencontrer assez fréquemment des lésions secondaires du larynx qui, sans cette mesure radicale, seraient restées méconnues.

De tout temps on a suspecté, voire affirmé ces manifestations de la syphilis secondaire sur le larynx; mais on n'en a eu naturellement la démonstration scientifique qu'avec l'avènement du laryngoscope. Elles ont été étudiées d'abord par Czermak (1858). Depuis cette époque, elles ont donné lieu à une foule de travaux, parmi lesquels il convient surtout de citer ceux de Türck, Dance, Ferras, Krishaber et Mauriac, Lennox-Browne, Whistler, Gouguenheim, Bouchereau, Poyet, Mendel, etc.

Époque d'apparition. — On les a vues se produire à toute étape de la période secondaire, depuis le début même de cette période (à preuve certains cas où on les a constatées alors que le chancre existait encore) jusqu'à la fin de la troisième année. Mendel les croit plus communes du troisième au sixième mois.

Étiologie. — S'il est des cas où elles se produisent sans l'appoint d'une cause adjuvante, c'est-à-dire sous la seule influence de l'infection, il semble plus fréquent de les voir entrer en scène à l'occasion et par le fait d'une provocation locale leur servant d'appel. Trois facteurs étiologiques se présentent ici à citer, à savoir : en première ligne, l'usage et surtout l'abus du tabac (ou, ce qui revient à peu près au même, le séjour dans les tabagies); — l'usage et surtout l'abus de l'alcool; — le surmenage du larynx par la parole ou par le chant.

L'influence de ces deux premiers facteurs explique pourquoi ces accidents sont infiniment plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Étude clinique. — Les descriptions qu'on a longtemps données des lésions secondaires du larynx ont été surtout inspirées par des vues théoriques. On s'est évertué à vouloir identifier ces lésions avec celles des autres muqueuses, notamment des muqueuses buccales et gutturales. Or, en réalité, si elles s'en rapprochent par quelques points, elles en diffèrent par nombre d'autres et des plus importants.

I. — Ainsi, de ces lésions, la plus fréquente et de beaucoup est une lésion congestive en nappe, qui n'a son analogue sur aucune muqueuse, pas même (quoi qu'on en ait dit) sur la muqueuse gutturale. On l'appelle **érythème laryngé**. Elle consiste en ceci : une rougeur en nappe, intense de teinte, étendue à une portion variable des parties supérieures du larynx, le plus souvent à tout l'infundibulum laryngé. Cette rougeur est surtout remarquable sur le bord libre et la face postérieure de l'épiglotte, sur les cordes vocales supérieures et sur les éminences aryténoïdes. Il est plus rare

qu'elle se propage jusqu'aux cordes inférieures et à toute la cavite du larynx.

C'est une rougeur *étalée en nappe uniforme*, et non pas distribuée en îlots, en petites taches (comme le serait une éruption méritant le nom de *roséole*). C'est de plus, comme on l'a justement remarqué, une rougeur sans injection vasculaire manifeste, sans arborisations, du moins dans la plupart des cas (Ferras).

Cette rougeur est variable d'intensité, suivant le degré de la congestion et l'âge de la maladie. Récente, elle peut, comme dit Poyet, « tirer sur le *vermillon* »; — date-t-elle, au contraire, d'un certain temps, elle revêt un ton sombre, presque violacé. — Mais a-t-elle jamais par elle seule, comme on l'a prétendu, une signification spéciale, en raison de sa couleur, de sa « teinte spécifique »? Je me crois autorisé à le nier.

Naturellement, elle est beaucoup plus fréquente sur les cordes vocales que n'importe ailleurs, et cela parce qu'elle en modifie absolument la physionomie usuelle, en les transformant en bandelettes rosées ou même rouges, d'aspect mat, comme dépoli, voire parfois comme muqueux (Ruault).

Lésion bénigne, cet érythème laryngé secondaire ne se traduit que par un seul trouble fonctionnel, consistant en un degré variable de raucité de la voix. Il ne s'accompagne d'aucune douleur. Tout au plus, surtout chez les fumeurs émérites, provoque-t-il une toux légère et un certain besoin de hemmer. — Aussi bien, très fréquemment, est-il négligé par les malades, ou tout au moins méconnu quant à sa cause, c'est-à-dire rapporté à un refroidissement et considéré comme un « rhume de larynx ».

II. — Notablement moins fréquentes sont les déterminations secondaires qui se produisent sur la muqueuse laryngée, à la façon de syphilides lenticulaires, sous forme de petites lésions isolées, circonscrites, disséminées. Longtemps même on les a considérées — à tort, il est vrai — comme tout à fait rares et presque exceptionnelles.

Celles-ci constituent ce qu'on peut appeler les **plaques muqueuses du larynx**. Elles peuvent se produire à l'état de lésions exclusives; mais cela n'est que l'exception. Le plus souvent, et de beaucoup, elles coïncident avec l'érythème, qui même leur prélude en général.

Elles revêtent divers aspects. Ainsi :

1° Quelquefois, mais assez rarement, elles consistent en de simples *taches hyperémiques* de petite étendue, se distinguant de la muqueuse saine par leur coloration d'un rouge vif, animé, presque purpurin quelquefois. Un bel exemple nous en est fourni par une planche de Fauvel où l'on voit les cordes vocales supérieures et inférieures tachetées de suffusions rouges, carminées, qui se détachent nettement des parties environnantes. — C'est là ce qu'on

a appelé la « roséole du larynx », dénomination bien ambitieuse pour une lésion d'étendue aussi restreinte.

2° Plus souvent elles reproduisent le type usuel des *syphilides érosives*, sous forme d'exulcérations lenticulaires, petites, voire minimes, plates, rondes ou ovalaires, rougeâtres et surtout entourées d'un liséré purpurin, analogues, en un mot, à celles qu'on rencontre sur les muqueuses de la bouche.

Il n'est pas rare que, dans cette forme, elles affectent une teinte grisâtre, opaline, diphthéroïde, presque blanchâtre (*plaques opalines* ou *plaques perlées* du larynx).

Cette variété de plaques opalines se rencontre surtout au niveau des cordes vocales inférieures, où Mendel l'a décrite avec une grande précision. D'après lui, elle se présenterait sous trois aspects : celui d'une plaque lenticulaire blanchâtre, occupant la partie moyenne de la corde, près de son bord libre ; — celui d'une bande effilée, mesurant une grande partie, voire toute l'étendue du ruban vocal ; — celui d'une bande semblable, mais fragmentée par des segments de muqueuse congestionnée et rougeâtre. — Au reste, pour cet observateur, la **chordite secondaire**, comme il l'appelle, serait une sorte de lésion mixte, composée tout à la fois par une congestion érythémateuse du ruban vocal et par des syphilides lenticulaires greffées sur cet érythème.

3° Enfin, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, on peut encore observer sur un fond d'érythème de petites élevures arrondies de contour, sessiles de base, sèches ou érosives de surface, comparables à des papules (*syphilides papuleuses laryngées*).

III. — Les deux ordres de manifestations qui précèdent composent ce qu'on pourrait appeler les formes *bénignes* de la syphilis secondaire laryngée, et je m'empresse de dire que ce sont de beaucoup les plus fréquents. Au contraire, les deux autres dont il me reste à parler comportent plus d'importance et parfois même de gravité. Heureusement, ils sont rares.

Le premier est constitué par une lésion *en nappe*, diffuse ou même généralisée, que j'ai décrite de vieille date sous le nom de **laryngite secondaire hyperplasique**.

Cette laryngite hyperplasique se caractérise par un double état d'érythème et d'infiltration de la muqueuse, qui se présente donc à la fois hyperémiée et épaissie.

A l'examen laryngoscopique on trouve cette muqueuse, d'une part, offrant une coloration d'un rouge sombre, avec une sorte d'apparence tomenteuse et comme veloutée ; — d'autre part, gonflée, épaissie, hypertrophiée, hyperplasiée. — Le gonflement est rarement limité à une région circonscrite ; plus habituellement, il est diffus et s'étend à un véritable département du larynx ou même à plusieurs, tels que l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la région

aryténoïdienne, la région des cordes. Il modifie la forme anatomique des parties qu'il affecte, à savoir : de l'épiglotte, qui devient moins aiguë sur ses bords, plus mousse, plus arrondie, ou même qui se tuméfie en totalité et prend une apparence « charnue » ; — des replis ary-épiglottiques, qui semblent boursouflés et comme soulevés ; — des éminences aryténoïdes, qui paraissent plus rondes, plus grosses, et plus rapprochées l'une de l'autre qu'à l'état sain ; — des cordes vocales supérieures, dont la turgescence peut aller jusqu'à masquer les cordes inférieures et à combler en partie l'espace ventriculaire ; — des cordes inférieures, qu'on trouve parfois (mais bien plus rarement) hyperémiées, rosées par places, épaissies, moins mobiles, inégales, rugueuses et comme finement dentelées au niveau de leur bord libre, etc.

Cet état turgide ou hyperplasique de la muqueuse se présente presque toujours en nappe uniforme, sans soulèvements partiels, sans élevures circonscrites qu'on ait le droit de comparer par analogie à des papules, à des tubercules. — Parfois cependant il coexiste avec de petites saillies, de petits mamelons conoïdes ou lenticulaires. C'est à ces mamelons, à ces bourgeonnements muqueux, dus sans doute à une exubérance localisée de l'hyperplasie générale, que certains auteurs ont donné le nom de *papules* ou de *végétations* laryngées. Papules, soit ; cette dénomination peut à la rigueur être conservée ; mais pour celle de végétations, je la récuse absolument. D'une part, en effet, elle rend un compte plus qu'inexact de la lésion, laquelle ne présente jamais l'aspect arborescent, ramifié, du chou-fleur vulgaire ; et, d'autre part, elle offre l'inconvénient grave d'assimiler cette lésion à d'autres productions morbides très différentes, c'est-à-dire aux véritables végétations laryngées, dont l'origine n'est en général rien moins que spécifique.

La laryngite hyperplasique s'accompagne de troubles fonctionnels plus accentués et plus durables que ceux du simple érythème, à savoir : troubles vocaux (modifications variables de la voix comme intensité, comme timbre, comme diapason, comme souplesse, etc. ; — dysphonie ; enrouement, *raucité*, étouffement de la voix ; finalement, aphonie) ; — toux légère ; — expectoration minime. — Du reste, peu ou pas de douleurs ; pas de gêne de déglutition ; pas de difficulté bien manifeste de respiration.

Cette forme de laryngite est bien autrement persistante que toutes celles dont j'ai parlé jusqu'ici. Elle demande toujours, même dans les cas simples, un temps assez long pour se résoudre, plusieurs mois en moyenne.

IV. — Vient en dernier lieu la **forme ulcéreuse des syphilides laryngées**.

Celle-ci ne s'observe guère qu'en deux conditions : soit à une étape peu avancée de la période secondaire, alors que la syphilis

revêt d'emblée une modalité grave ou maligne, par exemple au cours des syphilis dites malignes précoces ; — soit à terme lointain de cette même période, alors que l'infection tend déjà à prendre la note du tertiarisme.

Sa modalité anatomique n'est autre que celle des ulcérations secondaires de tout siège. C'est dire qu'à l'examen laryngoscopique on constate ceci : une ou quelques ulcérations de la muqueuse ; — ulcérations généralement petites, lenticulaires ou ne dépassant guère les proportions d'un haricot, d'une amande ; — entamant à coup sûr le derme muqueux, mais d'une façon seulement superficielle et bien moins profondément que ne le font les ulcérations gommeuses ; — arrondies, ovalaires ou irrégulières ; — à bords bien accentués, mais n'offrant pas cependant une réelle entaillure à pic ; — à fond ou rougeâtre, ou gris rouge, ou légèrement jaunâtre ; — à aréole rouge, tendue, reluisante, etc.

Ces syphilides ulcératives peuvent siéger sur n'importe quel département du larynx.

Leurs symptômes et leurs dangers sont affaire de *localisation*. Plus ou moins éloignées du détroit glottique, elles ne déterminent que quelques troubles sans importance (douleurs locales, dysphagie, toux, etc.). Situées au voisinage ou sur la surface des cordes, elles déterminent de l'enrouement, puis une raucité plus ou moins accentuée de la voix (voix de rogomme, voix crapuleuse), pour aboutir finalement à l'aphonie.

Leurs dangers procèdent surtout des **complications œdémateuses** qu'elles sont susceptibles de déterminer au voisinage de l'orifice glottique (œdème de la glotte, chémosis sus et sous-glottique). De ces complications, qui parfois peuvent surgir subitement et de la façon la plus inattendue, dérivent tous symptômes bien connus d'obstruction glottique (dyspnée, tirage, inspiration sifflante, suffocation, etc.), pouvant s'élever jusqu'à l'imminence d'asphyxie et exiger impérieusement une intervention chirurgicale. J'ai déjà vu plusieurs fois, pour ma seule part, des laryngopathies ulcéreuses *secondaires*, survenues même à une époque très peu distante du début de l'infection, créer de ces menaces de suffocation et nécessiter d'urgence la trachéotomie.

V. — Je dois enfin mention à un accident spécial dont je n'ai observé jusqu'ici qu'un cas unique, lequel s'est terminé par la mort. C'est la **périchondrite**.

Sur l'un de mes malades (homme très vigoureux, ayant pris la syphilis sur le tard et en ayant conçu un violent chagrin), j'ai vu se produire de la façon la plus inopinée, au cinquième mois de l'infection, des symptômes laryngés dont la nature, je l'avoue, m'a échappé tout d'abord, à savoir : certaine difficulté respiratoire, inspiration s'accompagnant d'un léger bruit, gêne obscure accusée vers la

gorge, mais pas de douleur vraie et pas de sensibilité à la pression sur le cou. En raison de crises d'asthme et de bronchites habituelles, ces symptômes furent, à l'origine, peu remarqués par le malade et par moi. Mais bientôt ils s'accrurent d'une façon plus qu'alarmante, pour aboutir à une réelle dyspnée, avec tirage, respiration stridente, facies vultueux, etc. L'examen laryngoscopique, à ce moment, démontra, sur le côté gauche du larynx, au niveau de la région aryténoïdienne, une tumeur olivaire, du volume d'une petite noisette, soulevant et semblant distendre la muqueuse. On pensa soit à une périchondrite, soit à une gomme, et une injection de 10 centigrammes de calomel fut aussitôt prescrite. Mais, dès le lendemain, les menaces d'asphyxie étaient devenues telles que la trachéotomie s'imposa. Elle fut pratiquée par mon ami le Dr Castex. Or, à notre grand étonnement, le premier coup de bistouri — et cela en l'absence de toute lésion de la peau, de tout œdème — donna issue à une petite nappe purulente, provenant de la partie gauche du larynx, et l'inspection au stylet fit découvrir là une portion de cartilage dénudé. L'ouverture de la trachée ne fut pas moins jugée nécessaire. Mais, en dépit d'une antisepsie rigoureuse, des phénomènes non douteux de pneumonie infectieuse se déclaraient dès le lendemain, pour se terminer par la mort trente-six heures plus tard.

Évolution, terminaison, pronostic. — De l'exposé qui précède il résulte en pleine évidence que la syphilis laryngée secondaire comporte des formes très différentes comme importance et comme pronostic. Mais j'ai hâte de dire qu'il n'existe aucune parité de fréquence entre ses formes bénignes, qui constituent ce qu'on peut appeler ses formes habituelles, et ses formes sérieuses ou graves, qui sont rares, voire, pour quelques-unes, tout à fait exceptionnelles.

Pour préciser, sa modalité érythémateuse est résolutive d'essence et rapide d'évolution. Il est rare qu'elle excède trois à quatre septénaires. — Résolutives également sont les syphilides laryngées de forme érosive, dont font aisément justice quelques cautérisations.

Plus sérieuses à coup sûr sont les syphilides de modalité ulcérative. Cependant, il est de règle qu'on en vienne à bout par une bonne hygiène et un traitement approprié. Leurs complications graves ne sont guère le fait que de syphilis malignes ou de syphilis négligées.

Seule, la forme hyperplasique se présente avec un pronostic véritablement sévère, en raison des troubles vocaux irrémédiables auxquels elle expose. Mais ce n'est là qu'une forme assez rare; et, de plus, elle ne constitue souvent elle-même qu'une forme consécutive, dérivant de lésions déjà rendues plus ou moins réfractaires par une absence chronique d'hygiène et de traitement.

Traitement. — Rien à dire du traitement interne, qui sera celui de la syphilis secondaire, si ce n'est que, pour en obtenir un effet utile,

il doit être tenu à un diapason assez élevé. — Si même il se produit des accidents de nature à menacer la liberté de la respiration, *l'indication formelle sera d'avoir immédiatement recours aux injections de calomel*, qui plusieurs fois ont fourni en pareille occurrence de très remarquables succès. Je ne crains pas de le répéter, cette indication est formelle, et, en l'espèce, toute hésitation, toute tergiversation, tout retard pourrait coûter la vie au malade ou, pour le moins, aboutir à la nécessité d'une trachéotomie.

Une hygiène locale des plus sévères est de rigueur dans tous les cas : proscription absolue du tabac, voire du séjour dans des locaux à atmosphère chargée de fumée de tabac ou de poussières; — proscription des alcooliques; — éviter tout risque de refroidissement; — repos de la voix.

Le traitement local consiste surtout en attouchements de la muqueuse avec divers topiques modificateurs ou caustiques. — Contre l'érythème, badigeonnages avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent (au 10e). — Contre les syphilides circonscrites, soit érosives, soit exulcéreuses, cautérisations au nitrate d'argent solide ou à la solution de nitrate d'argent (avec ou sans badigeonnages préalables à la cocaïne, suivant le degré de tolérance des lésions). — Le nitrate d'argent paraît en l'espèce le caustique de choix. Pour les syphilides, notamment, il est à coup sûr très supérieur à la teinture d'iode et à la solution de chlorure de zinc.

Comme adjuvants utiles, mais de second ordre, on a aussi recommandé : les gargarismes émollients; — les inhalations émollientes (à l'eau de guimauve et de pavot); — les pulvérisations chaudes, simples ou médicamenteuses; — les bains de vapeur, qui ne sont pas sans action sur les états congestifs du larynx, etc.

C'est la modalité hyperplasique qui exige le plus d'insistance sur l'emploi de ces diverses pratiques. On ne parvient guère à la modifier (quand on y parvient) qu'au prix d'une longue persévérance dans la mise en œuvre des cautérisations, des topiques, et du traitement mercuriel, auquel il est parfois utile d'associer l'iodure de potassium.

Enfin, lorsque des complications œdémateuses viennent mettre en péril la fonction respiratoire, il faut savoir ne pas reculer l'heure opportune de la trachéotomie. Attendre, c'est bien; mais attendre plus que de raison, tergiverser hors de propos et ne se résoudre à opérer qu'*in extremis*, c'est compromettre la vie du malade, qu'une intervention plus hâtive eût pu sauver.

Tels sont les deux grands groupes des syphilides muqueuses.

Pour achever l'étude de cet ordre d'accidents, il me reste encore à les envisager sur quelques autres sièges, d'abord sur certaines muqueuses, puis sur quelques départements cutanés.

I. — **Syphilides muqueuses des narines et de la pituitaire.** — Les syphilides muqueuses nasales ne sont pas très communes. Elles occupent le plus souvent les *narines*, c'est-à-dire un siège de transition entre la peau et le tégument muqueux.

Là, elles se présentent sous deux formes. Tantôt elles consistent en de petites érosions limitées ou, plus souvent encore, en de simples fendillements, simulant des gerçures, des crevasses, des rhagades. — Tantôt, ce sont des boursouflures papuleuses qui, plus étendues, occupent une partie des narines. Érosives de surface et souvent excoriées par les ongles, ces lésions se recouvrent fréquemment de croûtelles jaunâtres, eczématoïdes, ou bien rendues brunâtres, presque noires par le mélange d'une certaine quantité de sang. Il n'est pas très rare de les voir affecter en couronne tout le pourtour d'une narine ou des deux narines. A preuve une pièce de ma collection du musée de Saint-Louis, où l'on voit une couronne papuleuse rouge suivre tout le pourtour extérieur de chaque narine et se continuer intérieurement par des amas croûtelleux noirâtres.

Des syphilides érosives ou exulcéreuses s'observent encore quelquefois sur la cloison nasale. — On en a aperçu, à l'aide du speculum nasi, jusque sur les cornets.

II. — **Syphilides muqueuses oculaires.** — Tout à fait rares. — Elles peuvent affecter deux points : soit les paupières, soit la conjonctive.

1. Sur les *paupières*, elles se localisent le plus souvent au niveau des *commissures*, notamment de la commissure externe. Là, elles rappellent absolument l'aspect des syphilides commissuraires labiales. C'est dire qu'à l'instar de celles-ci elles figurent un Y, dont les branches sont représentées par deux bandelettes érosives qui suivent le bord libre de chaque paupière dans l'étendue de quelques millimètres, et le pied par un sillon ulcéreux qui répond à l'angle de réunion des paupières. — Assez souvent aussi, comme pour les syphilides des commissures, leur circonférence extérieure est bordée par une collerette croûtelleuse, qui leur confère un aspect eczémateux.

Elles sont bien plus rares sur le *bord ciliaire*, où elles prennent une forme allongée, effilée. — Alors qu'elles entament quelque peu le rebord libre des paupières, elles peuvent donner lieu à une chute circonscrite des cils.

Elles ne sont guère plus communes au niveau de la *caroncule*. Là, elles s'étalent sur tout ou partie du grand angle de l'œil, sous forme d'érosions généralement grisâtres, opalines, parfois même diphthéroïdes.

Toutes ces lésions sont de facile curabilité, sous l'influence d'un traitement topique consistant en ceci : cautérisations légères au

crayon de nitrate d'argent, fomentations boriquées, onctions avec pommade au calomel, etc. — Elles ne laissent en général aucune trace de leur passage. Il faut savoir cependant que celles qui occupent le grand angle de l'œil peuvent, si on les abandonne à elles-mêmes, dévier, rétrécir ou même, a-t-on dit, obstruer les points lacrymaux. Sur une malade de la ville, j'ai vu un point lacrymal inférieur être absolument dévié en avant par le fait d'une grosse papule occupant le bord interne de la paupière correspondante.

II. — Sur la *conjonctive*, où elles sont tout à fait rares, ces lésions occupent soit le district oculaire, soit le district palpébral. — Elles s'y présentent sous deux formes :

Tantôt ce sont de simples *érosions*, superficielles, plates, rouges ou grisâtres, variables comme dimensions entre un grain de blé et une lentille, n'atteignant que rarement les proportions d'une pièce de vingt centimes.

Tantôt, et plus fréquemment, ce sont de véritables *papules*, bien individualisées, bien définies, et d'autant plus irrécusables qu'elles coïncident le plus souvent avec des papules semblables de la face et du tronc. — Ces papules sont arrondies ou ovalaires, comparables comme proportions à une lentille ou, plus rarement, à une pièce de vingt centimes, et font un léger relief à la surface de la conjonctive oculaire ou palpébrale. Elles offrent le plus souvent une couleur d'un rose jaunâtre et sont encadrées par une zone d'injection vasculaire. Elles sont gênantes, mais ne donnent lieu qu'à des troubles fonctionnels plus légers qu'on ne s'y attendrait.

J'ai fait déposer au musée de l'hôpital Saint-Louis un moulage reproduisant une de ces papules de la conjonctive très exactement semblable à une lentille et située sur le globe oculaire à quelques millimètres de la cornée. — Dans un autre cas (relaté dans la thèse inaugurale du Dr Savy, 1876), j'ai vu une papule semblable, mais d'un diamètre bien supérieur (un demi-centimètre environ) figurer une sorte de « pastille » sur la conjonctive bulbaire. — Depuis lors, de nombreux cas semblables ont été relatés, notamment par MM. Sichel fils, Dor, Terson, Guttmann, etc.

III. — **Syphilides muqueuses de l'oreille.** — Peu communes, mais plus communes à coup sûr que ne le disent les traités classiques. Ainsi, M. le Dr Hermet en a réuni plus d'une cinquantaine d'exemples dans mon seul service de Saint-Louis en l'espace de quelques années.

Elles n'affectent qu'assez exceptionnellement le pavillon de l'oreille. Bien plus souvent elles se localisent dans le *conduit auditif*, et cela surtout au niveau de ses parties les plus extérieures.

Elles se produisent sous la forme érosive ou la forme papuleuse. Mais, si peu qu'elles soient négligées, elles deviennent facilement

hypertrophiques et constituent alors des masses végétantes, fongueuses, informes, rouges, sanieuses, baignant dans un pus que la stagnation rend bientôt fétide. Par accroissement continu et par coalescence, elles peuvent aboutir à effacer partiellement la lumière du conduit auditif, voire à oblitérer complètement ce conduit. De là, tout naturellement, des troubles auditifs : diminution, puis quasi-abolition de l'ouïe.

A noter incidemment que ces productions hypertrophiques, formant une sorte de champignon sessile, ont pu être prises pour des végétations polypeuses et traitées comme telles.

A noter aussi qu'elles risquent de déterminer une violente dermite du conduit, avec accidents plus sérieux d'otite.

On a dit que ces lésions peuvent aboutir à un rétrécissement du conduit auditif et à des troubles fonctionnels persistants de l'ouïe. Je ne nie pas le fait, mais je déclare n'avoir jamais rien observé de semblable pour ma part. J'ai toujours vu, au contraire, même dans leurs formes les plus intenses, ces syphilides auriculaires — traitées, il est vrai — s'atrophier, s'effacer et guérir sans laisser de traces. Et il suffit, pour obtenir ce résultat, des soins les plus simples, à savoir : quelques cautérisations au crayon de nitrate d'argent, injections détersives fréquemment répétées, et topiques asséchants.

IV. — **Syphilides muqueuses du sein.** — C'est chez la femme, exclusivement, qu'on les observe; — et cela sur deux localisations différentes, à savoir : 1° à la face inférieure de la mamelle et spécialement dans le sillon sous-mammaire; — 2° au niveau du mamelon.

1. — Elles sont assez fréquentes *sous le sein*, tout particulièrement chez les femmes qui ont les mamelles flaccides et pendantes. C'est qu'en effet leur développement est alors incité et entretenu par tout un ensemble de conditions propices, telles que finesse des tissus, adossement continu de surfaces cutanées, chaleur, moiteur habituelle, etc.

La forme la plus fréquente qu'elles affectent en ce point est celle de *papules*. Ces papules sont plus ou moins nombreuses, isolées ou agminées, érosives, discoïdes, arrondies. — Elles pullulent et bourgeonnent à la fois sur cette région avec une facilité surprenante, *couvées* qu'elles sont, pour ainsi dire, par le sein appliqué sur le thorax. Aussi aboutissent-elles fréquemment à former de larges *nappes hypertrophiques*, lesquelles en certains cas envahissent toute la face inférieure de la mamelle et la partie correspondante de la poitrine (1). Sur une de mes malades de Lourcine, une de ces nappes muqueuses hypertrophiques avait atteint des proportions considérables; elle s'étendait du sternum à l'aisselle en contournant

(1) Voy. plusieurs pièces de ce genre au musée de l'hôpital Saint-Louis.

le sein, et couvrait le thorax de bourgeons végétants sur une hauteur verticale de 10 à 15 centimètres! Elle simulait presque de la sorte un *cancer en cuirasse* à la période d'ulcération. C'était une lésion hideuse, vraiment effrayante d'aspect. Ai-je besoin d'ajouter que ce n'était pas moins en réalité une lésion des plus bénignes, dont quelques semaines de traitement firent facile justice?

II. — Les syphilides muqueuses sont beaucoup plus rares au *mamelon*. Elles ne s'y observent guère que chez les femmes qui nourrissent.

Elles affectent là une forme toute spéciale, à savoir la forme *fissuraire*. Elles consistent, en effet, en des érosions linéaires, allongées, qui se produisent à la base même du mamelon, sur une portion de sa circonférence. Elles rappellent exactement d'aspect une gerçure, une crevasse, une rhagade. Aussi bien, dépourvues de tout caractère absolu de spécificité, peuvent-elles facilement être confondues avec les fissures du sein, si communes chez les femmes qui allaitent.

L'humectation prolongée du mamelon pendant l'allaitement et les tiraillements que subit cet organe sous l'influence de la succion constituent très certainement des causes essentiellement prédisposantes à la plaque muqueuse mammaire chez les nourrices. De là le danger, le grave danger auquel on s'expose en confiant des nourrissons sains à des femmes syphilitiques, alors même que ces femmes seraient indemnes d'accidents actuels.

V. — **Syphilides muqueuses de l'aisselle**. — Rares. — Elles ne s'observent guère que sous forme de papules érosives, irrégulières, suintantes, partiellement encroûtées en certains cas, et légèrement prurigineuses. — Quand ces papules sont quelque peu confluentes, elles ne tardent pas à s'agminer et à constituer des mamelons bourgeonnants informes, séparés en plusieurs masses par des sillons assez creux correspondant aux plis de la région. Parfois même elles prennent un développement hypertrophique (1). — Ce sont encore là, contrairement aux apparences, des lésions absolument bénignes, qui guérissent avec rapidité sous l'influence de quelques soins.

VI. — **Syphilides muqueuses de l'ombilic**. — Notablement plus communes que les précédentes. — Elles se présentent là sous la forme d'érosions ou de papules, soit rosées, soit grisâtres, parfois même opalines. — Quelquefois elles se recouvrent de croûtelles jaunâtres, ce qui n'est pas sans conférer à l'affection une certaine ressemblance avec l'eczéma.

VII. — **Syphilides muqueuses des orteils**. — Assez communes, mais ne se rencontrant d'une façon presque exclusive que dans un

(1) Voy. au Musée de l'hôpital Saint-Louis, collect. partic., pièce n° 97.

certain milieu, à savoir dans la basse classe et chez les gens à pieds chroniquement incultes et négligés. — Elles sont appelées là par des causes diverses : contact intime et permanent des orteils, comprimés par la chaussure, état de moiteur habituelle de la région, et surtout incurie, saleté.

Elles affectent trois localisations, à savoir, par ordre de fréquence : les faces latérales, c'est-à-dire contiguës des orteils; — leur face inférieure, au niveau des plis de flexion; — et leur sommet. — Jamais elles ne se portent sur leur face supérieure.

Elles varient notablement d'aspect sur ces divers points. Ainsi :

1° Sur les faces latérales des orteils, elles constituent des érosions ou, plus souvent, des papules ulcératives. Ces lésions, vulgairement appelées plaques muqueuses *interdigitales*, sont en général arrondies, souvent même correctement orbiculaires. Elles frappent immédiatement le regard par leur couleur d'un rouge intense et d'un rouge généralement foncé, vineux, *lie de vin*. Elles laissent suinter en abondance une sanie roussâtre, qui imbibe les chaussettes et les chiffons dont entourent leurs pieds les misérables affectés de telles lésions. Cette sanie, par stagnation, par décomposition, finit par exhaler une odeur d'une extraordinaire et horrible fétidité.

2° Celles de la face inférieure des orteils offrent une physionomie tout autre, en se présentant sous forme d'une *fissure profonde encadrée de callosités*. Là, en effet, c'est-à-dire au niveau des plis articulaires et notamment du pli métatarso-phalangien, elles sont constituées par une rhagade transversale, parallèle à tel ou tel de ces plis ou, pour mieux dire, occupant ce pli même, rhagade ulcéreuse et profondément ulcéreuse, rouge, ou plus souvent encore, violacée. De plus, cette rhagade est circonscrite, cernée, surtout en avant et en arrière, par deux gros bourrelets épidermiques très durs, absolument calleux.

3° Au sommet des orteils, elles siègent sur la surface inférieure de la dernière phalange, là où l'orteil s épanouit « en spatule ». Elles forment là une sorte de *mamelon corné ulcératif*. Ce qu'on voit est ceci : d'une part, un bourgeon informe, extrêmement dur, calleux, en un mot, un véritable **cor** ; et, d'autre part, au centre de ce cor, une plaie du plus mauvais aspect, creusée en cratère, déchiquetée de bords, déchiquetée de fond, d'un rouge livide et presque noir, sanieuse, saignante, etc. (1).

Il se peut qu'il n'existe qu'une de ces lésions, comme il se peut aussi (et telle est presque la règle) qu'il en existe plusieurs et d'ordres divers soit sur un pied, soit sur les deux pieds. On a même cité des cas où *tous* les orteils étaient affectés d'une façon ou d'une autre. Mais cela ne s'observe que sur des sujets d'une malpropreté sordide et d'une incurie bestiale.

(1) De nombreux spécimens de ces diverses lésions figurent dans les vitrines du Musée de Saint-Louis.

Tout s'enchaîne. Issues des causes que je viens de dire, ces lésions ne font que s'exagérer et s'accroître sous l'influence des mêmes causes naturellement persistantes. Puis arrive un moment où, à leur tour, elles deviennent l'origine d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense. Cette réaction se traduit alors par ses phénomènes ordinaires, à savoir : rougeur périphérique plus ou moins accentuée suivant les cas, souvent intense et quasi-érysipélateuse ; — tuméfaction œdémateuse, parfois considérable ; — phénomènes douloureux : cuisson, chaleur locale, tension des tissus, élancements, etc. ; — puis, troubles fonctionnels : difficulté et parfois impossibilité de la marche. Aussi voyons-nous les misérables affectés de telles lésions n'arriver à l'hôpital qu'en se traînant, à la façon d'invalides, quelquefois même n'y arriver que sur un brancard. — Et ce n'est pas tout. Car, en certains cas plus rares, la scène peut se compliquer d'accidents autrement sérieux, à savoir notamment de lymphangites en nappe qui tuméfient le pied d'une façon massive, éveillent une réaction fébrile importante et constituent un ensemble morbide plus ou moins alarmant.

Eh bien, en dépit de telles apparences, toutes ces lésions guérissent assez facilement dès que les malades consentent à les traiter.

Le traitement à leur opposer est naturellement variable suivant leurs formes, à cela près d'une indication commune à toutes et majeure s'il en fût : *propreté* substituée à la saleté et à l'infection.

S'il ne s'agit que de formes légères, on peut se satisfaire des quelques soins suivants : bains généraux, répétés tous les jours d'abord, puis tous les deux ou trois jours ; — lotions, trois fois par jour, avec liqueur de Labarraque coupée d'eau ; — assèchement, après chaque lotion ; — aspersion d'une poudre isolante ; — et interposition d'une couche d'ouate entre les orteils.

Mais, si l'on a affaire à des ulcérations creuses, sanieuses, inflammatoires, il convient de recourir à d'autres topiques, au moins pour un certain temps, d'autant qu'en pareil cas l'éréthisme de telles plaies s'accommode mal des pansements secs. Les topiques gras sont seuls tolérés. Ce qui réussit le mieux, c'est la pommade à l'iodoforme (à un gramme pour 10 grammes de vaseline), dont on enduit des couches d'ouate. Parfois même cette pommade irrite, et j'ai vu, pour quelques jours, la vaseline ou le cold-cream être seuls acceptés des malades. — En outre, dans les cas de ce genre, bains quotidiens, prolongés d'une à deux heures ; — cataplasmes de fécule tièdes ou froids, au niveau des placards lymphangitiques ; — lotions antiseptiques, etc.

C'est seulement à une époque ultérieure, alors que l'éréthisme est calmé et que les symptômes inflammatoires ont disparu, qu'on peut revenir à l'usage des pansements secs, soit à la poudre d'iodoforme, soit à la poudre d'oxyde de zinc ou de talc. — Quelques cautérisations légères au nitrate d'argent pourront activer la guérison.

Enfin, le pansement par occlusion au taffetas de Vigo ou au taffetas iodoformé trouve aussi son indication à l'époque où les phénomènes de réaction ont disparu.

Il va sans dire que le repos horizontal est indispensable, surtout au cas de complications inflammatoires.

INDURATIONS SECONDAIRES. — MÉTAMORPHOSES DU CHANCRE.

Deux questions annexes doivent actuellement trouver place ici. L'une a trait aux *indurations secondaires*, et l'autre aux « transformations du chancre », à ce qu'on appelait autrefois les « *métamorphoses du chancre in situ* ».

I. — INDURATIONS SECONDAIRES. — **Pseudo-chancres. — Signification clinique de l'induration en syphilis.** — Il n'est pas absolument rare que, d'une façon toute spontanée (1), les syphilides muqueuses *s'indurent* à l'instar du chancre, c'est-à-dire se doublent à leur base d'un exsudat néoplasique, lequel, par ses attributs, ses caractères, sa façon d'être, rappelle plus ou moins complètement l'exsudat néoplasique du chancre, le néoplasme induré de l'accident primitif. De telle sorte qu'au toucher ces syphilides fournissent la même sensation que le chancre, de telle sorte qu'elles sont *indurées* comme lui. On croirait, en explorant leur base, leur assise, avoir sous le doigt la base, l'assise, l'induration spécifique du chancre.

Il y a donc des syphilides indurées, tout comme il est un chancre induré.

J'ajouterai même, pour compléter la proposition qui précède, que ces indurations secondaires sont absolument identiques cliniquement à l'induration du chancre. A savoir :

Elles lui sont identiques, d'abord, en ce que, comme cette dernière, elles sont constituées par un néoplasme fournissant aux doigts une rénitence sèche, élastique, chondroïde même en certains cas, très différente comme sensation soit de la dureté pâteuse de l'œdème, soit de l'engorgement inflammatoire ;

Elles lui sont identiques encore en tant que lésions indolentes et aphlègmasiques, c'est-à-dire se développant à froid, sans douleur, sans réaction locale, sans irradiation inflammatoire ;

Elles lui sont identiques aussi comme volume, comme développe-

(1) Il ne s'agit ici, besoin est de le préciser, que d'indurations d'ordre *spontané*, et non d'indurations artificielles pouvant dériver de cautérisations ou de certains topiques. — Ces indurations artificielles s'observent avec les syphilides secondaires comme avec le chancre et sous l'influence des mêmes conditions étiologiques (Voy. p. 76) ; mais, encore une fois, ce n'est pas d'elles qu'il est question dans le chapitre actuel.

ment, comme configuration, comme ensemble de caractères, comme physionomie générale de lésions ;

Enfin, elles lui sont identiques même (je puis le dire par avance) comme évolution et comme terminaison, en tant que lésions spontanément résolutives, aboutissant après une certaine durée à se résorber *proprio motu* et à disparaître sans laisser de traces.

En un mot, ces indurations secondaires reproduisent exactement, trait pour trait, l'induration chancreuse, et cela en coïncidence avec des manifestations d'ordre consécutif.

Sommairement, donc, le fait clinique dont il s'agit en l'espèce se résume en ceci : une lésion secondaire se présentant doublée à sa base d'une rénitence, d'une induration tout à fait assimilable à la rénitence, à l'induration qui sous-tend le chancre syphilitique.

Comme *siège*, c'est à la vulve que ces indurations secondaires s'observent le plus souvent, et cela sous la base de syphilides de divers ordres, notamment de syphilides papulo-érosives, de syphilides papulo-hypertrophiques ou même (mais plus rarement) de syphilides simplement érosives.

Elles ne sont pas rares non plus à la verge, notamment au niveau de la rainure glando-préputiale où l'on voit assez fréquemment de petites syphilides, même simplement érosives, se doubler à leur base d'une rénitence singulière, soit étalée en lamelle et parcheminée, soit même nodulaire et profonde.

De même aussi des syphilides superficielles du gland infiltrent parfois la muqueuse de cet organe et lui confèrent une véritable rénitence de parchemin. — Plus rarement on a vu des néoplasies secondaires, sous-jacentes à des syphilides, s'étaler en nappe et revêtir une large surface du gland (voire, mais exceptionnellement, le gland tout entier) d'une sorte de cuirasse rénitente, et rénitente à ce degré qu'un de mes malades comparait sa verge à « une verge de bois ».

Des indurations de même genre se rencontrent encore, mais bien moins souvent, sous les syphilides des bords de la langue, des lèvres, de l'anus, etc. (1).

Pseudo-chancres indurés de récidive. — A coup sûr, les indurations secondaires dont je viens de parler ne constituent par elles-mêmes qu'un fait clinique auquel devrait suffire une simple mention. Mais une circonstance spéciale leur rattache un intérêt de premier ordre. C'est qu'en effet **elles peuvent simuler le chancre syphilitique** et même le simulent parfois à un haut degré. Voici comment :

Que l'on suppose une syphilide papulo-érosive, circonscrite et so-

(1) Pour de plus amples détails, consulter à ce sujet un Mémoire publié par moi, sous le titre suivant : Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques (*Archives gén. de médecine*, 1868).

litaire comme le chancre, se présentant avec une base indurée, une telle lésion ne sera-t-elle pas admirablement faite pour donner le change et en imposer pour un chancre induré? Comme le chancre, elle sera isolée; — comme lui, elle sera érosive et quelque peu saillante; — comme lui, rouge ou rosée; — comme lui, surtout, elle reposera sur une base rénitente, dure, etc. — Bref, elle pourra avoir et, de fait, elle aura parfois tellement l'air, la physionomie, l'ensemble objectif du chancre que, neuf fois sur dix, elle sera sûrement prise pour un chancre. L'erreur, en l'espèce, est plus que facile; elle est presque forcée. Il faut vraiment avoir appris par expérience personnelle que des lésions secondaires peuvent se présenter sous cette forme pour ne pas les confondre avec le chancre.

Pratiquement, le danger de confondre avec le chancre ces *syphilides indurées chancriformes*, ces *pseudo-chancres* (comme je les appelle) ne porterait pas à conséquence; car, après tout, chancre et syphilides sont symptômes d'un même mal et impliquent les mêmes indications thérapeutiques. Mais, doctrinalement, c'est une tout autre affaire. Une syphilide prise pour un chancre signifie ceci en doctrine : *infection nouvelle surajoutée à une infection antérieure, seconde vérole entée sur une première.* Qui dit chancre, en effet, dit accident dérivé d'une contagion, accident initial allant servir d'exorde à une diathèse. Un sujet syphilitique présentant à nouveau un chancre induré est un sujet qui vient de contracter une *seconde* vérole.

Or, comme rien n'empêche que, sur un organisme en puissance de syphilis, il ne se développe deux et trois fois de suite des syphilides indurées, voyez où peut conduire l'erreur, l'erreur facile, qui considérerait cette série de syphilides comme une série de chancres successifs. Il résulterait de là qu'on a la faculté de subir deux ou trois fois de suite une contagion nouvelle et de « s'envéroler coup sur coup », comme on le disait autrefois. Il résulterait de là que l'organisme humain est susceptible de subir à courte échéance plusieurs inoculations successives du virus syphilitique, alors que la clinique et l'expérimentation s'accordent à nous le montrer réfractaire à ce virus après une contamination première, alors qu'il est d'expérience commune et de notion vulgaire que (sauf exceptions prodigieusement rares) *la vérole ne se double jamais.* A quelles conclusions illégitimes et singulières aboutirait en l'espèce le seul fait d'un symptôme mal interprété !

Eh bien, cette interprétation vicieuse a été appliquée plusieurs fois, sans aucun doute, à l'ordre des lésions dont je viens de parler. Plusieurs fois on a pris pour des chancres indurés nouveaux, pour des chancres indurés *de récidive*, des syphilides indurées, et l'on a conclu de là que *la vérole peut, même à bref délai, se doubler, se tripler, sur le même sujet*, alors qu'en réalité les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument

exceptionnels. Qu'on prenne le soin d'analyser en détail les quelques cas de « vérole double » qui ont été publiés par divers auteurs, et l'on restera convaincu, après examen minutieux, que la plupart de ces prétendus chancres de récidive n'étaient en réalité rien autre que des *syphilides indurées chancriformes, simulant le chancre par la particularité speciale de leurinduration.* Observations en mains, il me serait facile de faire la preuve de ce que j'avance; mais je n'ai pas, quant à présent, à débattre ce sujet, qui devra m'occuper plus tard. Je me borne pour l'instant à signaler à son propos une cause d'erreur contre laquelle il importe de se tenir en garde.

C'est qu'en effet, on prête généralement à l'*induration* un sens qu'elle ne comporte pas ; on lui fait dire, si je puis ainsi parler, ce qu'elle ne dit pas. On s'est accoutumé à la considérer comme un attribut spécial du chancre, comme un signe appartenant au chancre d'une façon exclusive. Toute ulcération indurée, toute lésion indurée. est réputée chancre *ipso facto*, par le seul fait qu'elle est indurée Or, rien de plus arbitraire, rien de moins légitime qu'une telle interprétation, et besoin est véritablement de réagir contre cette tendance, comme je vais essayer de le faire en quelques mots.

L'induration considérée en tant que signe clinique, l'induration telle que nous la percevons sur le malade, n'est absolument pathognomonique ni d'une *maladie*, la syphilis, ni d'un accident spécial de cette maladie, le *chancre*.

D'abord, en tant que signe clinique, elle peut être simulée soit par divers états morbides, soit même par la réaction de certains caustiques, de certains topiques sur des ulcérations ou des lésions vulgaires. A preuve, par exemple, ces *indurations artificielles* dont j'ai parlé précédemment comme susceptibles de simuler à s'y méprendre l'induration spontanée du chancre.

Mais là n'est pas le point important. Ce qui nous intéresse plus immédiatement est ceci : l'*induration n'appartient pas en propre à un accident particulier de la syphilis*; elle n'est pas l'apanage exclusif d'une manifestation de la diathèse ; en un mot, elle n'est pas pathognomonique du chancre. Sans doute elle s'observe en compagnie du chancre bien plus fréquemment que de tout autre accident; mais elle se rencontre aussi en maintes occasions comme phénomène indépendant du chancre, comme expression ultérieure de la diathèse. Elle se rencontre, par exemple, très communément avec les syphilides muqueuses, comme je viens de l'établir. Parfois encore elle s'adjoint, sous forme d'infiltration lamelleuse ou parcheminée, à certaines syphilides cutanées, telles que les syphilides papuleuses à papules bien formulées, lenticulaires, discoïdes, etc. (Voy. page 301). C'est elle, de même, qu'on retrouve dans certaines lésions que j'ai décrites sous le nom de *chancre redux* et d'indurations *satellites du chancre*. C'est elle encore qui constitue ces lymphangites et ces

adénopathies dures qui se produisent au voisinage de l'accident primitif. C'est elle encore qui constitue les adénopathies secondaires, les noyaux de l'albuginite, les tubercules, les « nodi », et toute une série d'infiltrats de même ordre.

L'induration, en conséquence, ne saurait être considérée comme un signe propre du chancre. Loin de là, *c'est un signe commun à des manifestations variées et à des âges divers de la syphilis.* Elle se relie moins à un accident donné de la maladie qu'à la maladie même ; elle trahit, elle accuse moins un stade chronologique de la diathèse que la nature même et l'essence de cette diathèse. En autres termes, l'induration, en syphilis, n'atteste pas plutôt le chancre que tel autre accident; elle témoigne simplement d'une modalité pathologique qu'affecte fréquemment la syphilis.

Cette façon d'envisager l'induration me paraît déduite en toute rigueur de l'analyse des faits cliniques. D'autre part, elle trouve sa sanction dans les données de l'histologie. Qu'est-ce donc, en effet, que l'induration chancreuse histologiquement ? Un néoplasme développé sous l'érosion du chancre. De même, histologiquement, que sont les indurations secondaires ? Des néoplasmes identiques doublant la base de lésions secondaires. Que sont encore les indurations ganglionnaires ? Des néoplasmes interstitiels des glandes, etc. Est-il donc surprenant qu'une maladie, susceptible de déterminer une lésion identique à diverses périodes de son évolution, se traduise cliniquement à diverses périodes par un signe commun ? Cette lésion identique, c'est un néoplasme ; ce signe commun, c'est l'induration.

II. — **TRANSFORMATION DU CHANCRE EN PLAQUE MUQUEUSE. — Ancienne doctrine de la plaque muqueuse primitive.** — Il est positif qu'en maintes occasions le chancre aboutit à prendre l'aspect, la physionomie de la plaque muqueuse ou, pour mieux préciser, de la papule érosive secondaire. De cette modification objective on avait conclu jadis à une *transformation de nature*, et l'on disait — à tort ou à raison, je discuterai ce point dans un instant — que le chancre ainsi altéré de caractère « s'était métamorphosé » *ipso facto* en une plaque muqueuse.

Nos devanciers rattachaient à cette *transformation* du chancre, comme ils l'appelaient, une importance de premier ordre, car ils admettaient que le chancre, *par le seul fait de cette modification*, passait à l'état d'accident constitutionnel et cessait d'être soit auto-inoculable, soit inoculable à autrui, c'est-à-dire contagieux. C'était là, — ai-je besoin de le dire ? — toute une cascade d'erreurs dont l'observation et l'expérience ont fait justice aujourd'hui. Nous savons actuellement, en effet, que le chancre, le vrai chancre, est un accident tout aussi constitutionnel qu'une manifestation secondaire ; — nous

savons qu'il est réfractaire à l'auto-inoculation, comme les lésions d'un stade plus avancé ; — nous ne savons pas moins que la contagiosité de la maladie, loin de s'éteindre avec le chancre, se continue dans les accidents d'une époque ultérieure, notamment dans les plaques muqueuses. En conséquence, ce qu'on regardait jadis comme une véritable *métamorphose, transformant du tout au tout l'essence de l'accident primitif*, n'est plus pour nous qu'un changement d'aspect, qu'une modification d'allure, qui n'influe en rien sur les qualités intrinsèques de cet accident, sur son caractère de manifestation diathésique, sur sa résistance à l'auto-inoculation, non plus que sur sa contagiosité. Ce phénomène a donc perdu pour nous à peu près tout l'intérêt clinique qu'on lui attribuait autrefois, en descendant au rang d'une simple particularité objective. N'importe, cependant ; car, à un tout autre point de vue, il s'impose encore à l'attention, ainsi qu'on va le voir.

Tout d'abord, comment se produit cette transformation du chancre ? De deux façons, l'une très commune, l'autre rare.

I. — La première consiste en une véritable *modification in situ*, qui s'opère comme il suit. De plat ou de creux qu'il était, le chancre commence par devenir proéminent ; son fond bourgeonne, se bombe, s'élève en plateau, *s'exhausse*, suivant le terme consacré ; — en même temps *sa surface se modifie* comme teinte ; grise, rouge ou rougeâtre à l'origine, elle arrive par transitions insensibles à prendre un ton rosé ou d'un gris rose assez pâle ; — simultanément aussi, de lisse qu'elle était, elle devient quelque peu *granuleuse* ; — enfin, comme aspect général (ce qui est indescriptible), la lésion entière perd peu à peu sa physionomie de chancre pour prendre celle d'une papule secondaire.

Puis, toutes ces modifications de détail marchant de compagnie et s'exagérant de jour en jour, il arrive qu'au moment où elles sont accomplies le chancre, pour ainsi dire, n'existe plus ; c'est fait de lui en tant que physionomie de chancre ; il est devenu papule, et quiconque le verrait pour la première fois sous cette forme nouvelle le prendrait pour une lésion secondaire, pour une papule érosive secondaire. — On dit alors qu'il s'est *transformé*.

Inutile d'ajouter qu'après être passé de la sorte à l'état de papule, le chancre se conduit ultérieurement comme une papule, c'est-à-dire se répare et se cicatrise rapidement, si peu qu'on lui oppose une hygiène convenable et un traitement topique des plus simples.

II. — Le second mode de transformation du chancre, pour être différent, n'est guère plus compliqué. Il consiste en une véritable *absorption* du chancre par des lésions secondaires développées à sa périphérie. Comment se fait cette absorption ? Elle résulte simplement de la prolifération au pourtour du chancre d'une série de papules qui se groupent autour de lui, l'enserrent, le cernent, puis se

fusionnent, s'amalgament avec lui, au point qu'il finit par disparaître au milieu d'elles.

Au détail, voici ce qui se produit. Un essaim de papules secondaires apparaît aux environs du chancre. Ces papules progressent, s'élargissent, se confondent. Par développement excentrique, elles arrivent à entourer le chancre, à le *cerner*, puis se fusionnent avec lui. Déjà le chancre n'est plus guère reconnaissable au centre de cette nappe papuleuse, d'autant que lui aussi, parallèlement, s'est modifié d'aspect. Sa surface s'est bombée, exhaussée, est devenue rose, a viré, pour ainsi dire, à la physionomie des lésions secondaires. Finalement, ce double processus, développement de papules et modification du chancre, se continuant dans le même sens, il arrive un moment où papules et chancre ne font plus qu'un, où le chancre est absorbé par les papules, englobé par elles, amalgamé avec elles, et disparaît dans une lésion commune d'aspect secondaire.

Modifié de la sorte (et suivant tel ou tel de ces processus, n'importe), le chancre devient-il de ce fait une plaque muqueuse? De ce qu'il a pris les allures, la physionomie d'une plaque muqueuse, s'est-il transformé en plaque muqueuse? Longtemps on a agréé cette croyance, ce dont témoigne la dénomination même de « métamorphose in situ », sous laquelle on désignait autrefois le phénomène. Aujourd'hui tout le monde la conteste, et pour d'excellentes raisons. C'est qu'en effet il ne suffit pas d'une simple apparence objective pour déterminer la qualité d'une lésion, et qu'un chancre modifié comme je viens de le dire peut bien rester un chancre en dépit de la physionomie nouvelle que lui imprime une particularité d'évolution. La preuve en est que nombre de lésions étrangères à la syphilis prennent accidentellement le masque de lésions syphilitiques sans devenir syphilitiques pour cela. Tel est, comme exemple, le chancre simple qui, sous sa forme *papuleuse*, ressemble quelquefois d'une étrange façon à une papule secondaire de syphilis. Or, qui se prêterait à croire qu'il se soit métamorphosé de fait en une papule syphilitique parce qu'il en a pris l'aspect?

Je l'avoue, le débat en question est insoluble dans un sens comme dans l'autre. Comment démontrer, en effet, qu'un chancre qui a pris l'aspect d'une plaque muqueuse est devenu ou n'est pas devenu une plaque muqueuse? Tout critérium nous fait défaut à ce point de vue. Donc, affirmer cette transformation est émettre une pure hypothèse que rien ne justifie. Aussi bien est-il plus prudent de s'en tenir à ce qu'on voit, d'énoncer simplement le fait clinique et de considérer cette modification possible du chancre quant à ses caractères extérieurs comme une simple particularité d'évolution.

D'ailleurs, là n'est plus, quant à présent, l'intérêt de la question. Cet intérêt réside dans une considération d'un autre ordre, à savoir

dans l'*erreur doctrinale* qui pourrait résulter d'une fausse interprétation du chancre apparemment transformé en plaque muqueuse. Je m'explique.

Soit, je suppose, un chancre transformé d'aspect en plaque muqueuse. Quel diagnostic portera sur lui le médecin qui le voit pour la première fois, sinon celui de la forme d'accident qu'il a sous les yeux, c'est-à-dire celui de plaque muqueuse? Il le considérera donc comme une plaque muqueuse. Or, cet accident, d'autre part, le malade le lui présente comme le premier en date de sa maladie, comme celui qui a dérivé de la contagion et qui l'a traduite d'emblée, après l'incubation de rigueur. « Donc, dira ou pourra dire le médecin, voilà une plaque muqueuse qui a servi d'origine à la syphilis de mon client; donc, voilà une syphilis qui a débuté par une plaque muqueuse. »

Telle a été la doctrine « *de la plaque muqueuse primitive* », doctrine d'après laquelle la syphilis pouvait aussi bien débuter par une plaque muqueuse que par un chancre. Ses partisans n'avaient d'autre argument à invoquer en sa faveur que celui-ci : constatation première de l'accident initial d'infection sous la forme d'une plaque muqueuse. Or, ils n'oubliaient qu'un point, c'est que la constatation première de cet accident avait été précédée d'une étape où ledit accident s'était produit sous la forme d'un chancre avant d'aboutir à une forme modifiée, celle de la plaque muqueuse. Leur tort était donc de ne voir que la moitié des choses, de raisonner sur des faits à observation tronquée, d'accorder à une modalité objective une signification qu'elle ne comporte pas, et de méconnaître les transformations possibles du chancre.

Et, en effet, toutes les observations cliniques ou expérimentales qui ont été suivies intégralement et *ab ovo* ont toujours montré la syphilis faisant son explosion première sous forme d'un chancre et non d'une plaque muqueuse. C'est là une vérité clinique qui n'est plus actuellement ni discutable, ni discutée. La doctrine de la plaque muqueuse primitive a donc fait son temps et reste condamnée sans retour.

Au surplus, qu'on ne l'oublie pas, ce qui caractérise le chancre, ce n'est pas tel ou tel détail de caractéristique objective; ce n'est pas non plus l'absence de tel ou tel attribut objectif, comme la papulation, par exemple, en ce qui touche la question actuelle. Ce qui, bien plus sûrement, le constitue, c'est : 1° d'être le *dérivé d'une contagion* et le produit de cette contagion au lieu même où elle s'est exercée ; — 2° d'être l'expression *première*, initiale, de cette contagion ; — et 3° de constituer pour un temps (sans parler du bubon, lequel, à vrai dire, n'est qu'un satellite du chancre) l'accident *unique* par lequel se traduit originairement l'infection de l'organisme.

ADÉNOPATHIES et LYMPHANGITES SECONDAIRES.

La réaction du germe infectieux sur le système lymphatique commence avec le chancre, comme nous l'avons vu par ce qui précède, pour se continuer ultérieurement au cours de la période secondaire. Seulement, au cours de cette période, elle se modifie d'allure. Avec le chancre, elle semblait constituée par des adénopathies locales, symptomatiques d'une infection locale. Dans la période secondaire, inversement, elle se traduit par des adénopathies qui dérivent manifestement, par le fait même de leur dissémination, voire parfois de leur généralisation, d'une infection générale, d'une véritable « syphiloémie », suivant le mot du Pr de Amicis.

Fréquence. — La syphilose secondaire du système lymphatique constitue un ordre de manifestations des plus communes. Il n'y aurait que peu d'exagération à la dire constante, tant il est rare de la voir faire absolument défaut. A coup sûr, en tout cas, la syphilis est du nombre des maladies qui influencent le plus activement le système ganglionnaire. A coup sûr, également, c'est au cours de la période secondaire qu'elle l'influence de la façon la plus fréquente et la plus intense, relativement surtout à ce qui se produit dans la période tertiaire, où les accidents de ce genre sont incomparablement plus rares.

Il est vrai que l'intensité de ces manifestations secondaires vers le système lymphatique est extrêmement variable d'un sujet à un autre. Ainsi, à prendre les deux extrêmes, il est des cas où les adénopathies secondaires sont réellement importantes et par leur multiplicité et par leur volume; et il en est d'autres où elles restent à la fois si peu nombreuses et si minimes que les malades peuvent ne pas même s'en apercevoir. Pourquoi ces différences, et de quelles raisons pathogéniques dérivent-elles? Cela, jusqu'à ce jour, nous a échappé complètement.

Échéance d'apparition. — C'est au début même de la période secondaire que se fait ou tout au moins que se révèle cette prise de possession du système lymphatique par la syphilis. A cette époque il se produit vers ce système un grand mouvement de prolifération, sans doute préparé depuis un certain temps par un processus silencieux. Quoi qu'il en soit, c'est en coïncidence avec les premières poussées éruptives secondaires, quelquefois même un peu auparavant, qu'on voit poindre de divers côtés des adénopathies spéciales, notamment, à ne parler que des plus communes, celles qui ont pour siège la région de la nuque, les apophyses mastoïdes, le cou, la région sus-épitrochléenne, etc. Et c'est peu de temps après, vers l'époque où les dermatoses secondaires battent leur plein, que cette prolifération ganglionnaire atteint son apogée.

Des adénopathies secondaires, toutefois, peuvent se manifester à une époque plus tardive; mais elles restent alors isolées. En tout cas elles deviennent de plus en plus rares à mesure que la maladie s'éloigne de son début.

Division. — La réaction infectieuse de la syphilis s'exerce, mais avec une très grande inégalité de fréquence, soit sur les ganglions, soit sur les cordons lymphatiques. Ainsi que je viens de le dire, les adénopathies secondaires sont extraordinairement communes; tout au contraire les lymphangites ou, pour parler plus exactement, les lymphopathies secondaires sont relativement rares.

I. — ADÉNOPATHIES. — *Siège.* — Deux points à noter relativement aux localisations de ces adénopathies secondaires.

Le premier, c'est que le système ganglionnaire n'est jamais envahi tout entier, c'est-à-dire dans tous ses districts. La clinique nous le présente seulement affecté dans un certain nombre de ses ganglions, et de ses ganglions superficiels, sous-cutanés. — Nous manquons encore d'autopsies en nombre suffisant pour juger de l'état des ganglions profonds au cours de la période secondaire. On les dit « épargnés ou relativement épargnés à cette période »; mais cela demande vérification.

Le second point, plus curieux, disons même extraordinaire, consiste dans la *prédilection de la syphilis secondaire pour certains ganglions* qu'elle affecte de préférence à tous les autres. Prédilection que de rechef et à dessein je qualifie d'extraordinaire en ce qu'elle n'est en rien motivée, au moins dans la plupart des cas. Ainsi, il est trois groupes de ganglions qui sont intéressés par la syphilis secondaire avec une énorme supériorité de fréquence par rapport à tous les autres, à savoir :

Les ganglions cervicaux postérieurs;

Les ganglions cervicaux antérieurs;

Et les ganglions épitrochléens.

Tous les autres ganglions, tels que ceux des aines, des aisselles, des creux poplités, etc., peuvent être dits presque épargnés relativement à ceux dont il vient d'être question.

1. — Parmi ces ganglions *préférés* de la syphilis, sur lesquels besoin est d'insister, se placent au premier rang et sans conteste les **ganglions cervicaux postérieurs.** Ceux-ci se répartissent en trois groupes qui correspondent aux diverses adénopathies suivantes :

1° Adénopathie *cervicale postérieure* proprement dite, constituée par les ganglions situés sur les parties postéro-latérales du cou, dans la rainure du trapèze;

2° Adénopathie *sous-occipitale*, constituée par les ganglions sous-occipitaux, lesquels sont situés à la partie postéro-inférieure du crâne, à la base même de l'occiput;

3° Adénopathie *mastoïdienne*, constituée par les ganglions mastoïdiens. — Relégués derrière l'oreille et beaucoup moins volumineux que les précédents, ceux-ci forment au niveau même de l'apophyse mastoïde de petits soulèvements hémisphériques ou semi-ovoïdes, comparables tout au plus à des moitiés de noyaux de cerise ou à des grains de grenade.

Ces trois variétés d'adénopathies coexistent chez nombre de malades; chez d'autres, il n'en existe que deux ou même une seule, et celle-ci, presque invariablement, est la cervicale postérieure.

Cette adénopathie cervicale postérieure est tellement commune qu'elle est devenue un signe banal de syphilis. Voyez un médecin interroger un malade; au premier soupçon de syphilis, il ne manquera jamais de courir droit aux ganglions cervicaux postérieurs; et ce n'est pas sans raison, car il espère trouver là et il trouvera là dans la plupart des cas un élément séméiologique qui certes n'est pas sans valeur.

II. — Les *adénopathies cervicales antérieures* se subdivisent de même en plusieurs groupes.

Les plus communes sont les adénopathies *péri-pharyngées*. Celles-ci sont placées sur les côtés du pharynx, au-devant du muscle sterno-mastoïdien. — Disons par avance qu'elles semblent expliquées en nombre de cas par les syphilides de la gorge.

Notablement plus rares sont les adénopathies *sus-hyoïdiennes*, situées au niveau ou au-dessus de l'os hyoïde, et les adénopathies *cervicales inférieures* siégeant sur les parties inféro-latérales du cou.

A ce groupe il faut adjoindre encore les adénopathies *sous-maxillaires*, le plus souvent symptomatiques de lésions spécifiques de la bouche.

III. — Moins fréquente, mais bien autrement curieuse, en raison de sa singularité de siège et de l'absence de toute raison propre à l'expliquer, est l'*adénopathie épitrochléenne*. Celle-ci siège à la partie inférieure et interne du bras, le long du bord interne du biceps et à quelques centimètres au-dessus de l'épitrochlée. — D'après de Amicis, elle se rencontrerait presque dans le quart des cas, d'une façon contemporaine avec les adénopathies usuelles de la syphilis secondaire.

Elle est susceptible de quelques variétés. Ainsi, elle peut être unilatérale ou bilatérale; — elle peut être constituée par un ganglion unique ou bien, ce qui est beaucoup plus rare, par deux ou trois ganglions.

Pathogénie. — On a longuement discuté sur la *pathogénie* des adénopathies secondaires. Pour les uns, ces adénopathies seraient toujours *symptomatiques*, c'est-à-dire provoquées par des lésions du tégument cutané ou muqueux. Pour les autres, elles seraient plus spécialement ou exclusivement même *idiopathiques*, c'est-à-dire

déterminées directement par la diathèse et non par des manifestations locales Le débat est de médiocre importance, à mon gré; d'autant que l'une et l'autre de ces opinions contiennent certainement, comme je vais l'établir, une part de vérité.

D'une part, en effet, il est positif que certaines adénopathies secondaires se produisent sans être appelées, incitées, motivées par le moindre phénomène local, cutané ou muqueux. Tels sont les cas — fort nombreux — où des adénopathies cervicales se manifestent sans la moindre éruption du cuir chevelu. (Et, d'ailleurs, alors même qu'on rencontre quelques minimes croûtelles dans le cuir chevelu, est-ce qu'il n'y a pas presque toujours un défaut de proportion entre ces insignifiantes lésions et l'importance usuelle des adénopathies cervicales?) — Telle est de même l'adénopathie épitrochléenne, qui se présente très fréquemment sans la plus légère dermatose de la main et de l'avant-bras. — Tels sont encore certains cas où l'on a vu (comme sur deux malades cités par Prince Morrow) des adénopathies généralisées se manifester en dehors de toute éruption. — Il est donc de toute évidence que, dans ces conditions, les adénopathies se développent sous l'influence *directe* de la syphilis et par le fait seul de l'infection générale, sans être sollicitées, provoquées par l'incitation médiate d'une lésion locale.

Mais, d'autre part, il n'est pas rare que des adénopathies se produisent à la suite et au voisinage de certaines localisations diathésiques. Exemples : adénopathies péri-pharyngées multiples et en pléiade à la suite de poussées éruptives vers les amygdales et la gorge; — adénopathies sous-maxillaires à la suite de plaques muqueuses des lèvres et de la bouche; — adénopathies cervicales postérieures et mastoïdiennes à la suite d'éruptions profuses du cuir chevelu, etc. Comment refuser en pareilles conditions la qualité de lésions *symptomatiques* à de tels accidents? Comment ne pas établir une relation de cause à effet entre ces déterminations cutanées ou muqueuses et les engorgements glandulaires qui leur servent manifestement d'épiphénomènes?

Donc, bien certainement, il est des adénopathies qui se développent au voisinage et sous l'influence de lésions secondaires, tout comme l'adénopathie primitive sous l'action du chancre. — Seulement, à ce dernier propos, ne manquons pas de placer une remarque. C'est qu'entre les lésions secondaires et le chancre il existe une différence considérable au point de vue de l'influence que ces deux ordres d'accidents peuvent exercer sur les ganglions. Avec le chancre, l'adénopathie syphilitique n'a pas, pour ainsi dire, le droit de faire défaut; elle est forcée, *fatale*. Avec les lésions secondaires, l'adénopathie est seulement éventuelle, *possible*; elle peut se produire ou ne pas se produire, et très souvent en effet elle ne se produit pas. Les exanthèmes cutanés, par exemple, ne développent presque jamais d'adénopathies;

le psoriasis palmaire, entre autres, laisse absolument indemnes les ganglions du bras et de l'aisselle ; les syphilides vulvaires ne retentissent qu'assez rarement sur les ganglions de l'aine, etc. Il n'est guère en somme que certaines formes et certaines localisations d'accidents qui influencent les ganglions à la période secondaire, telles que les syphilides du cuir chevelu et les syphilides muqueuses de la cavité buccale. — Quant aux raisons de ces diverses particularités, elles nous échappent encore, et ce sont là des faits cliniques qu'il nous faut enregistrer sans les comprendre.

FORMES CLINIQUES. — Les adénopathies secondaires sont susceptibles de formes diverses, qu'on peut ramener à trois types. Mais de ces trois formes il en est une qui, à elle seule, est incomparablement plus fréquente que les deux autres réunies. Sans exagération on peut dire qu'elle se présente 19 fois sur 20. Je la décrirai donc tout d'abord, et cela sous le nom de forme usuelle.

I. — **Forme usuelle**. — Celle-ci est également la forme bénigne des adénopathies secondaires. On peut la caractériser d'un mot, en disant qu'elle est *calquée sur le type de l'adénopathie primitive*, de l'adénopathie symptomatique du chancre. De tous points, en effet, elle reproduit le bubon satellite du chancre, et comme symptômes, et comme allure générale, et comme évolution, et comme terminaison.

Elle est constituée, donc, comme celui-ci, par des adénopathies essentiellement *aphlegmasiques*, *indolentes* et *spontanément résolutives*. — Détaillons.

Comme volume, d'abord, ces adénopathies secondaires sont peu importantes. Elles n'offrent guère en moyenne que les proportions d'une noisette. Quelquefois moindres (exemple : adénopathies mastoïdiennes), elles atteignent en d'autres cas les proportions d'une olive ou d'une demi-noix, rarement celles d'une noix.

Elles débutent et se constituent sourdement, insidieusement, sans attirer l'attention des malades, qui s'en aperçoivent un beau jour d'une façon toute fortuite ou qui, en ignorant même l'existence, se montrent fort surpris quand le médecin les leur révèle. C'est assez dire combien elles sont *indolentes* dans leur développement. C'est dire aussi qu'elles sont absolument *aphlegmasiques*, ne déterminant ni rougeur de la peau, ni chaleur locale, ni phénomènes réactionnels généraux, ni troubles périphériques d'aucun genre. Ce sont, en un mot, des intumescences glandulaires, et rien de plus ; des intumescences glandulaires lisses à leur surface, fermes et dures, et donnant bien l'idée d'une infiltration, d'une néoplasie ganglionnaire. — Elles ne contractent aucune adhérence avec les tissus ambiants ; elles restent *libres* et *mobiles*, ce qui permet d'en apprécier à la fois le volume, la forme et la rénitence. On dirait, tant elles roulent librement sous le doigt, des « *noisettes* » sous-cutanées, et c'est de ce nom, en effet, que les qualifient les malades. Elles diffèrent donc notablement par

cet ensemble de caractères des adénopathies inflammatoires ou strumeuses, dont le propre est de former de rapides adhérences avec le stroma cellulaire périphérique et de se masser avec les tissus ambiants.

Une fois qu'elles ont acquis leur complet développement, ces adénopathies *restent ce qu'elles sont*, et cela pour un temps variable, toujours assez long. Pendant plusieurs semaines au minimum, pendant plusieurs mois en général, elles demeurent absolument stationnaires sans subir la moindre modification. — Puis, à un moment donné, elles commencent à perdre de leur consistance et à diminuer de volume. Elles se résolvent alors progressivement, sans phénomènes nouveaux, s'atrophient sur place et disparaissent. Elles sont donc *spontanément résolutives*.

Au total, le trait prédominant de cette symptomatologie, c'est la *bénignité* des symptômes. Aussi bien a-t-on dit, non sans raison, que ces adénopathies secondaires étaient « plus curieuses qu'importantes ».

De là cette conséquence, qu'elles ne réclament aucune intervention thérapeutique spéciale. Elles guérissent seules en effet, et, dans cette première forme tout au moins, il est absolument superflu de leur opposer, en dehors du traitement de la diathèse, la moindre médication locale.

Leur véritable intérêt est donc scientifique et surtout séméiologique. Ce sont des *indices*, des témoins utiles à consulter dans les cas de diagnostic obscur, des signes propres à éveiller un soupçon, à mettre sur la piste de syphilis méconnues, ignorées ou dissimulées. A ce point de vue spécial, les adénopathies cervicales *postérieures* sont particulièrement significatives, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, de toutes les adénopathies secondaires ce sont les plus communes et celles qui font le moins souvent défaut ; — et, en second lieu, parce qu'elles occupent un siège où il est assez rare que d'autres affections développent des engorgements ganglionnaires. La scrofule elle-même, celle de toutes les maladies qui affecte le plus fréquemment les glandes cervicales, se porte avec une préférence marquée sur la région *antérieure* du cou, et n'intéresse que d'une façon relativement rare les ganglions de la nuque. Il est exceptionnel en tout cas qu'elle atteigne uniquement ces derniers, comme le fait la syphilis. Sous ce rapport même, il existe entre ces deux diathèses, scrofule et vérole, une opposition singulière qui a été de vieille date signalée par Ricord et dont le diagnostic peut tirer parfois un utile parti.

Certains auteurs, et notamment de Amicis, ont revendiqué, non sans quelque exagération peut-être, une égale importance séméiologique pour l'adénopathie *épitrochléenne*. Dans un intéressant mémoire qu'il a consacré récemment à ce sujet, le savant syphiliographe

que je viens de citer n'hésite pas à considérer cette adénopathie comme « un élément des plus précieux pour le diagnostic de la syphilis, et cela en raison : 1° de sa grande fréquence ; — 2° de son volume souvent assez considérable ; 3° et surtout de sa persistance possible pendant de longues années, auquel cas elle peut constituer le signe unique qui atteste l'infection. » — Ces derniers résultats demandent à être contrôlés par une observation ultérieure.

II. — **Forme confluente. — Glandage secondaire.** — Cette forme diffère essentiellement de la précédente par la multiplicité des glandes affectées et, quelquefois aussi, par leur excès de volume.

Le plus habituellement, on l'a vu par ce qui précède, les adénopathies secondaires sont discrètes. Ainsi, le fait le plus commun est de trouver quelques ganglions à la nuque, quelques autres au niveau des amygdales ou sous la mâchoire, et c'est tout. Mais en certains cas, chez la femme notamment, il n'en est plus ainsi, et l'on voit se produire des adénopathies *multiples*, qui, par leur multiplicité même, s'écartent de la forme usuelle. On constate alors de nombreux ganglions dans chaque rainure du trapèze, sous l'occiput, aux apophyses mastoïdes, dans les régions parotidiennes, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, péri-pharyngées, cervico-latérales, épitrochléennes, etc. Ces ganglions multiples présentent tous les caractères des adénopathies que nous avons décrites précédemment ; ils sont seulement un peu plus volumineux que de coutume. Quelquefois ils sont tellement nombreux qu'ils forment de véritables chapelets qui descendent de l'occiput au milieu du cou, et de la région parotidienne au creux sus-claviculaire. Ce sont là les **chapelets cervicaux** de la vérole.

Parfois même ces engorgements glandulaires se propagent à d'autres régions, telles que l'aine, l'aisselle, etc. On croirait alors avoir affaire à une véritable *adénie* d'origine syphilitique.

C'est à cette forme, où l'on trouve plusieurs régions littéralement farcies de ces engorgements ganglionnaires, que l'on a appliqué le nom de **glandage secondaire**.

Est-il quelque élément pronostique à tirer de cette multiplicité, de cette confluence insolite des adénopathies secondaires ? Oui, dans une certaine mesure. J'ai remarqué — et je n'ai été ni le premier, ni le dernier à faire cette remarque — que le grand nombre, le développement exagéré et la dissémination des glandes sur plusieurs régions coïncident assez fréquemment avec des manifestations syphilitiques plus ou moins sérieuses, notamment avec des troubles intéressant la vie splanchnique. J'ai vu plusieurs fois le glandage secondaire s'accompagner d'une *anémie* marquée, avec pâleur, décoloration chlorotique des téguments, faiblesse générale, alanguissement des fonctions nutritives, palpitations, essoufflement, désordres nerveux, etc. — Il serait même curieux de savoir si le nombre des globules blancs du

sang n'est pas augmenté dans les cas de ce genre, de façon à constituer une *leucémie* passagère ou même plus ou moins durable. Cette recherche reste à faire.

Toutefois, il n'est pas de loi générale à poser ici, c'est-à-dire il n'est pas de rapport constant à établir entre la gravité d'une syphilis et la qualité de ses adénopathies secondaires. Car les cas les plus contradictoires ne laissent pas de se présenter à l'observation. Ainsi l'on voit des syphilis malignes ne comporter que des adénopathies ou moyennes ou médiocres, comme aussi des syphilis d'intensité tout au plus moyenne coïncider avec des adénopathies plus ou moins importantes. Et, réciproquement, on observe de grosses adénopathies avec des syphilis malignes, comme aussi (ce qui est absolument commun) des adénopathies faibles, réduites à leur expression minima, avec des syphilis tout à fait légères.

Ces derniers temps, M. Augagneur a exprimé l'opinion que l'intensité des adénopathies secondaires constitue un signe plutôt favorable, et cela parce qu'elle témoigne d'une activité phagocytaire qui s'opposerait au déversement des produits infectieux dans l'organisme. « Si les ganglions, a-t-il dit, fonctionnent avec énergie, le phagocyte modifie l'agent infectieux et ne le laisse parvenir dans la circulation générale qu'après une lutte qui a certainement modifié ses propriétés toxiques. L'adénopathie intense est donc un phénomène favorable, en ce qu'elle indique plutôt la puissance défensive de l'organisme que l'énergie offensive du virus. » — De même, dans une communication toute récente à la Société de dermatologie, à propos d'un jeune homme affecté d'une syphilis maligne sans réaction ganglionnaire, M. le Pr Landouzy a insisté sur « le rôle défensif, atténuateur, que paraissent exercer les ganglions vis-à-vis de l'infection syphilitique ».

Cette doctrine, il est vrai, a été presque aussitôt attaquée par M. de Amicis, qui lui a opposé une double série d'observations, les unes relatives à des syphilis graves avec adénopathies secondaires multiples et volumineuses, les autres relatives à des syphilis légères avec adénopathies secondaires médiocres ou même nulles. — De même aussi, M. le Pr Gémy a introduit dans la discussion une remarque intéressante d'après laquelle, « chez les indigènes algériens, dont la syphilis est toujours grave, les ganglions sont presque toujours très volumineux ».

On est donc bien loin d'être fixé sur la question de savoir si les adénopathies jouent un rôle de protection dans la défense de l'organisme contre la syphilis. En tout cas, à le supposer même authentique, ce rôle doit être assez modeste, étant donné que les syphilis graves à grosses adénopathies ne laissent pas de s'offrir à l'observation d'une façon commune. A coup sûr ce sont d'autres raisons que la qualité des adénopathies qui constituent la gravité de la maladie. Ces raisons, je n'ai pas à les rechercher ni à les signaler pour l'ins-

tant; elles trouveront place dans un autre chapitre de cet ouvrage.

III. — **Forme strumeuse. — Écrouelles secondaires.** — Il n'est pas rare que les adénopathies secondaires, modifiées par la qualité du terrain sur lequel elles se développent, dégénèrent en adénopathies strumeuses.

A leur début, les adénopathies de cet ordre ne diffèrent en rien des espèces précédentes. Mais bientôt, au lieu de se borner aux proportions relativement minimes ou moyennes que ne dépassent guère les adénopathies de provenance purement syphilitique, elles continuent à s'accroître et deviennent anormalement volumineuses, jusqu'à affecter les dimensions d'une noix, d'un marron, voire, mais cela est plus rare, d'un œuf de poule. De plus, elles s'agminent parfois plusieurs ensemble (comme à l'aine, par exemple), et aboutissent à constituer de la sorte de grosses masses irrégulières, marronnées. Elles rappellent alors complètement d'aspect les engorgements glandulaires de la scrofule; et, de fait, ce sont bien là, suivant toute vraisemblance, des lésions *mixtes*, *hybrides*, où syphilis et scrofule peuvent l'une et l'autre revendiquer leur part. Aussi, de vieille date, les a-t-on qualifiées de dénominations diverses, toutes en harmonie avec cette croyance : adénopathies *strumoïdes* de la syphilis, adénopathies *syphilo-strumeuses*, *syphilo-scrofule ganglionnaire*, etc. Ricord en faisait un type de son fameux « scrofulate de vérole ».

Arrivées au degré de développement que je viens de dire, ces adénopathies sont susceptibles de deux modes de terminaison : ou bien elles se résolvent, mais lentement, péniblement, et après être restées stationnaires, torpides, pendant des mois, si ce n'est plus; — ou bien elles finissent, mais toujours avec la même lenteur, par s'enflammer. Dans ce dernier cas, elles deviennent sensibles, légèrement douloureuses, *s'empâtent*, suivant le terme consacré, et s'immobilisent, en se massant par adhérences tant avec le tissu cellulaire profond qu'avec les téguments, lesquels rougissent à leur niveau. A ce degré, il est encore possible quelquefois, grâce à un traitement résolutif, d'enrayer les progrès de ce bubon *strumo-phlegmasique* et du *phlegmon périganglionnaire* qui le complique habituellement. Le plus souvent, toutefois, on ne réussit pas à empêcher la formation du pus. Un abcès, donc, se constitue. Évacué, il s'affaisse, mais ne se ferme que rarement d'une façon définitive. Bien plus souvent il reste fistuleux, en fournissant pour un temps fort long une petite quantité d'un pus mal lié, grumeleux, qui est celui des suppurations tuberculeuses et qui, d'ailleurs, inoculé à des animaux, a pu quelquefois reproduire sur eux la tuberculose. — D'autres abcès se produisent assez souvent au voisinage du premier, suivent la même marche, restent également fistuleux, etc.; et l'on assiste de la sorte à tout le tableau des bubons strumeux que je n'ai pas à décrire ici.

C'est à ces suppurations ganglionnaires, dérivées à la fois et de la

syphilis et de la tuberculose, qu'on a pu sans exagération donner le nom significatif d'**écrouelles secondaires**.

Chose singulière, ces adénopathies syphilo-strumeuses ne se rencontrent pas indifféremment sur toutes les régions du corps. Certains ganglions se montrent quasi-réfractaires à cette invasion mixte de la syphilis et de la scrofulose. Tels sont, par exemple, les ganglions cervicaux postérieurs, mastoïdiens, épitrochléens, où il est plus que rare, c'est-à-dire exceptionnel, de constater cette forme strumeuse. Et, inversement, il en est d'autres, comme les ganglions cervicaux antérieurs, sous-maxillaires, inguinaux, iliaques externes, etc., où cette dégénérescence strumeuse s'observe avec une réelle fréquence. La syphilo-scrofule, on le voit, a donc bien positivement ses sièges de prédilection ; ou, disons mieux peut-être, ce sont les ganglions « aimés de la scrofule », les ganglions usuels de la scrofule qui se prêtent le plus volontiers à cette association des deux diathèses, et cela pour des raisons qui restent à déterminer.

Il est hors de doute, de par l'observation, que les adénopathies secondaires syphilo-strumeuses sont favorisées dans leur développement par les prédispositions héréditaires ou individuelles, par le tempérament lymphatique ou scrofuleux, au total donc par le terrain sur lequel germe la syphilis. Mais ce qui n'est pas moins certain, ce que démontre également la clinique, c'est que parfois cette forme d'adénopathies se montre contre toute attente sur des sujets exempts (en apparence du moins) de toute tare strumeuse et restés indemnes jusqu'alors de toute manifestation tuberculeuse. J'affirme, pour ma part, l'avoir souvent rencontrée en de telles conditions. Il semblerait donc de la sorte que la syphilis peut servir d'incitation, de prétexte à une première éclosion tuberculeuse. Ce fait, au surplus, n'est pas isolé, et nous verrons plus tard que plus d'une fois la tuberculose pulmonaire est venue se greffer sur des lésions originairement syphilitiques du poumon.

Lorsqu'il nous est donné d'assister *ab ovo ad finem* au développement de lésions mixtes de ce genre, il n'y a pas danger pour nous d'en méconnaître le double caractère. Car alors nous les voyons, en pleine évidence naître originairement de la syphilis, puis subir ultérieurement la dégénérescence strumeuse. Rien de plus simple. Mais il en est tout autrement si le médecin n'assiste qu'à la dernière partie de cette évolution morbide ou s'il n'est pas renseigné sur les antécédents spécifiques du malade. Dans ce cas, le caractère *mixte* de la lésion court grand risque de passer inaperçu, et l'on croit alors avoir affaire simplement à un bubon strumeux, sans tenir compte des relations originelles de ce bubon avec la syphilis. C'est pour cette raison, sans nul doute, que les adénopathies secondaires de forme strumeuse passent généralement pour beaucoup plus rares qu'elles ne le sont en réalité.

Quant au traitement de cette forme spéciale, il va sans dire qu'il doit être mixte, c'est-à-dire constitué par la médication antistrumeuse combinée à la médication antisyphilitique.

Adénopathie rétro-pharyngée. — Une courte mention est due à cette localisation encore peu connue des adénopathies secondaires. Celle-ci se fait dans l'un ou l'autre et quelquefois dans l'un et l'autre des deux petits ganglions prévertébraux qui sont situés symétriquement en arrière du pharynx, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'apophyse basilaire et au niveau de la deuxième ou de la troisième vertèbre cervicale.

Mon attention a été plusieurs fois appelée sur cette adénopathie par la constatation d'une saillie latérale à la paroi postérieure du pharynx, saillie sous-muqueuse, due à une petite tumeur rétro-pharyngée, laquelle n'était rationnellement imputable qu'à un ganglion.

Cette adénopathie pourrait-elle, pour une raison quelconque, servir d'origine à une suppuration rétro-pharyngée, ainsi qu'en a exprimé l'idée mon éminent et regretté maître le Pr Verneuil? Un certain nombre de faits (la plupart réunis dans la thèse inaugurale du Dr Darbouet, 1885) sembleraient donner créance à cette opinion.

II. — LYMPHANGITES SECONDAIRES. — Tandis que les adénopathies constituent une manifestation non pas seulement commune, mais quasi-constante de la période secondaire, les lymphangites (j'entends les lymphangites dûment spécifiques et dérivant d'une influence directe de la syphilis) n'y figurent que d'une façon rare, presque exceptionnelle relativement. On les y rencontre cependant en quelques cas et sous des formes diverses que je vais avoir à décrire.

Ces lymphangites sont généralement assez précoces dans l'étape secondaire ; elles peuvent cependant se produire à toute échéance.

Elles affectent des localisations variées. On les a rencontrées surtout au niveau des membres (soit supérieurs, soit inférieurs), bien plus rarement à la région cervicale, à la région sous-maxillaire, etc. — Elles sont notablement fréquentes sur les organes génitaux. — Disons de suite que, sur ces derniers organes, elles présentent une réelle importance au point de vue diagnostique, tandis que partout ailleurs il ne s'y rattache guère qu'un intérêt de curiosité.

I. — Au niveau des membres, elles se traduisent simplement par ceci : de *longs cordons durs et aphlegmasiques.*

Ces cordons ne sont autres que les vaisseaux lymphatiques infiltrés sur une certaine étendue de leur trajet (par exemple, sur une longueur de 10, 15 à 20 centimètres) et devenus appréciables grâce à la dureté que leur communique cette infiltration. On les sent faci-

lement et nettement sous le doigt, à travers la peau. Ils donnent au palper la sensation de cordes de violon ou de « ficelles tendues », avec un volume comparable à celui d'une aiguille à tricoter ou d'une plume de corbeau. — Quelquefois ils présentent un ou plusieurs petits renflements en forme de pépin ou de minuscule olive.

Ils sont complètement aphlegmasiques, à savoir : indolores spontanément, indolores au toucher, mobiles sous la peau, mobiles sur les parties sous-jacentes. Extérieurement ils ne se traduisent par aucune rougeur tégumentaire, de sorte que l'affection consiste bien moins en une lymphangite qu'en une lymphopathie plastique par infiltration.

Le plus souvent ils ne donnent lieu à aucun symptôme, et le malade (ou quelquefois même le médecin) s'en aperçoit par hasard. Parfois cependant ils déterminent une certaine gêne locale et un léger degré d'empâtement des tissus périphériques.

En général on ne perçoit au toucher qu'un seul vaisseau infiltré de la sorte. Il est possible toutefois qu'on en constate deux (ou même trois, a-t-on dit), plus ou moins rapprochés et suivant un trajet parallèle. — En tout cas, ce qui est plus curieux, c'est que ce vaisseau ou ces vaisseaux ne sont jamais infiltrés que sur un *segment* de leur trajet. On les sent très nettement sous le doigt dans une certaine étendue, puis tout à coup et sans transition on ne les sent plus ; ils semblent se dérober subitement, en constituant de la sorte de véritables *lymphangites segmentaires.*

Coïncidemment, on peut constater un certain développement des ganglions qui servent d'aboutissants à ces lymphatiques infiltrés ; mais cela n'a rien de constant. Tout au contraire, on remarque assez souvent un état d'immunité absolue desdits ganglions.

Comme localisations, deux cas possibles :

Ou bien il n'existe qu'*un seul foyer* de lymphangite, par exemple à l'avant-bras, au bras, à la cuisse, sur un segment de tel ou tel membre. Ainsi, l'un de mes malades a présenté, peu après une roséole, une lymphangite secondaire qui siégeait à la région inférieure de la cuisse, depuis la rotule jusqu'à mi-hauteur du membre. (Soit dit incidemment, cette lymphangite toute spontanée et survenue sans la moindre provocation locale avait été, par exception rare, quelque peu douloureuse à son début.)

Ou bien, il existe *plusieurs foyers* de lymphangite d'une façon contemporaine, à savoir : sur les avant-bras, sur les cuisses, sur les avant-bras et à la région sous-maxillaire. Une malade, citée par le Dr P. Sallé (1), présentait de la sorte trois foyers lymphangitiques, un à chaque avant-bras et un troisième au niveau de la région

(1) *Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis,* Thèse de Paris, 1884.

sous-maxillaire gauche, où l'on sentait « plusieurs cordons lymphatiques indurés ».

Évolution. — Cette lymphangite secondaire, soit localisée, soit disséminée, est d'ordre résolutif ; mais elle n'est qu'assez lentement résolutive. — Elle persiste au moins plusieurs semaines et parfois plusieurs mois. — Elle est accessible à l'influence du traitement spécifique qui la modifie assez rapidement.

Traitement local superflu. — Bains généraux ; repos de l'organe.

II. — *Lymphangite secondaire génitale.* — Peu commune, sans être rare, chez l'homme. — Tout à fait rare (peut-être parce qu'elle est le plus souvent méconnue) chez la femme.

Chez l'homme, elle a un véritable siège de prédilection, à savoir : la rainure glando-préputiale. — Elle s'observe encore quelquefois sur le prépuce ou la couronne du gland.

Au niveau de la rainure glando-préputiale, elle se présente sous deux formes : la forme *nodulaire*, et la forme *en coulée*.

1° Sous la forme nodulaire, elle constitue des nodosités ou plutôt une nodosité (car il est rare qu'il en existe plusieurs), qu'à tous égards on ne saurait mieux comparer qu'à l'induration posthume du chancre. Cette nodosité, en effet, rappelle exactement l'induration chancreuse, et cela à plusieurs titres, à savoir : par son volume, qui est celui d'un noyau de cerise, d'une groseille, d'une amande, d'un haricot ; — par sa forme, soit globuleuse ou semi-globuleuse, soit légèrement aplatie en amande ; — par sa consistance absolument ferme et d'une dureté sèche, chondroïde ; — et par sa durée, qui n'est guère inférieure à plusieurs mois.

2° La forme dite *en coulée* ne diffère guère de la précédente que par son étendue et sa configuration. Au lieu de se présenter ramassée en boule, en noyau, l'infiltration plastique qui la constitue s'étale sur la rainure à la façon d'une coulée liquide qui aurait suivi la rigole supérieure du gland. Elle forme là un véritable croissant d'induration, qui peut affecter jusqu'à 2, 3 et 4 centimètres de longueur, voire davantage. Ainsi, sur un de mes clients, les deux tiers de la rainure étaient occupés par une induration circinée de ce genre.

Dans ce cas encore, cette infiltration plastique est non pas analogue, mais absolument identique comme caractères à l'induration qui survit à certains chancres étendus de la rainure.

Sur la couronne du gland, la lymphangite secondaire est quelque peu différente comme physionomie. Elle affecte là une forme discoïde, en constituant de petits placards durs, circulaires, de l'étendue d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Au prépuce, elle se présente sous une forme que dépeint très exactement le terme de lymphangite *en ficelle à nœuds*. C'est-à-dire

qu'elle consiste à la fois en ceci : d'une part, de petits cordons durs, tout à fait comparables à des ficelles, du calibre d'une aiguille à tricoter, et d'une longueur de 2, 3, 4 centimètres ; — d'autre part, de petits renflements globuleux, gros comme un pois, simulant des nœuds sur une ficelle.

Il n'est pas rare de rencontrer dans l'épaisseur du prépuce plusieurs de ces petits cordons moniliformes, auxquels font suite parfois des lymphangites semblables du fourreau.

Lésion sans symptômes et sans réaction le plus souvent ; — mais lésion susceptible de se compliquer sous des influences d'excitation (coït, malpropreté, plaques muqueuses sous-préputiales, etc.). Et alors, plusieurs épiphénomènes possibles : tuméfaction œdémateuse du prépuce ; — ou bien tuméfaction mollasse de l'organe, sans œdème véritable, sans tension, sans inflammation, et tuméfaction tout à fait remarquable par sa longue durée et par sa résistance à tout traitement ; — plus rarement, rigidité préputiale, déterminant le phimosis, scléreuse d'apparence et en réalité, chronique ou tout au moins longuement persistante, et constituant ce qu'on appelle le *prépuce en cuirasse*.

Pseudo-chancre lymphangitique. — La règle est que ces lymphangites génitales évoluent et se résorbent sans incidents, notamment sans incidents tégumentaires à leur niveau.

Mais quelquefois, alors surtout qu'elles sont sous-muqueuses, il arrive (et cela sous des influences encore indéterminées) que leur surface tégumentaire s'enflamme, rougisse, s'écaille, s'exfolie et, par chute de leur épithélium, devienne *érosive*. Dans ces conditions se trouve constituée une lésion qui, très simple en réalité, n'en est pas moins des plus insidieuses comme apparences en ce qu'elle ressemble tout à fait à un chancre syphilitique. Pour cette raison, je l'ai qualifiée du nom de *pseudo-chancre lymphangitique*.

Que voit-on en effet ? Ceci : D'une part, une érosion superficielle, circonscrite, bien délimitée, sans bords, lisse de fond, rouge, etc., c'est-à-dire, au total, une érosion rappelant tous les caractères objectifs du chancre ; — et, d'autre part, une érosion doublée par un noyau dur, globuleux ou discoïde, rappelant, lui aussi, très exactement les caractères de l'induration chancreuse.

De par cet ensemble de caractères, comment une telle lésion n'éveillerait-elle pas le soupçon d'un chancre ? Aussi bien les malades, en pareil cas, ne manquent-ils pas de qualifier de « chancre » ce nouvel accident. « Docteur, nous disent-ils, *mon chancre m'est revenu* ; en tout cas, si ce n'est pas lui qui est revenu, je n'en ai pas moins un nouveau chancre tout semblable au premier. » Et combien de fois cette erreur des malades n'a-t-elle pas été partagée par certains médecins ! Nombreux, très nombreux, à coup sûr, sont les cas où ce pseudo-chancre d'origine lymphangitique a été pris

pour ce qu'il n'était pas, c'est-à-dire qualifié indûment des noms de « second chancre induré, chancre induré de récidive », et produit alors comme témoignage de la possibilité d'une réinfection syphilitique, comme exemple de « vérole doublée, voire triplée », etc.

J'insisterais sur ce dernier point s'il ne constituait ici une digression. Je m'en abstiens donc, et, réservant la discussion qu'il comporte pour un autre chapitre de cet ouvrage, je me bornerai à spécifier ici la conclusion qui dérive de ce qui précède, à savoir : que *des lésions de lymphangite secondaire, venant, pour une raison quelconque, à s'éroder en surface, peuvent constituer un véritable Sosie du chancre syphilitique.*

AFFECTIONS SECONDAIRES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR.

La syphilis secondaire affecte fréquemment le système locomoteur.

Communes dans les deux sexes, mais plus communes assurément dans le sexe féminin, les déterminations morbides que l'infection éveille sur ce système consistent surtout en des phénomènes douloureux, en des *douleurs*. Et, en effet, jusqu'à une époque peu éloignée de nous elles n'ont été désignées que sous ce nom : *douleurs syphilitiques*, *douleurs secondaires*, etc. Or, il est arrivé pour cette dénomination générique et vague, ne traduisant qu'un symptôme, ce qui est advenu à la plupart des dénominations de symptômes appliquées à des états morbides, ce qui est advenu, par exemple, aux vieux mots de diarrhée, de dyspnée, d'asthme, de colique, etc. Tant que le symptôme seul a été connu, sans que l'on sût à quoi le rapporter, force a bien été d'en conserver le nom ; mais, du jour où l'on a pu le rattacher à la lésion d'un organe, bien vite on a délaissé le nom du symptôme pour lui substituer celui d'un état morbide, d'une localisation anatomique, d'une affection individualisée. De même ici. Tant qu'on n'a pas su ce qu'étaient les douleurs syphilitiques, on les a simplement appelées douleurs ; mais, lorsqu'on a été autorisé à les rattacher à la lésion d'un os, d'un muscle, d'une articulation, du périoste, aussitôt on en a fait des ostéites, des périostites, des arthralgies, des myosalgies, etc.

Aussi, nosologiquement, n'est-il plus guère question aujourd'hui des « douleurs syphilitiques », alors que dans l'ancien temps des traités complets ou tout au moins des chapitres spéciaux leur étaient consacrés (1). Ce changement de nomenclature n'est que l'expression d'un progrès clinique, comme on va le voir.

(1) A citer comme exemple le curieux et original traité de G. Torella, *De dolore in pudendagrà Dialogus.*

L'étude des déterminations morbides de la syphilis secondaire sur le système locomoteur comprend les symptômes qui se produisent sur les *os* ; — sur les *tissus fibreux*, notamment les tendons ; — sur les *articulations* ; — et sur les *muscles*.

I. -- SYSTÈME OSSEUX.

Les affections secondaires du système osseux n'ont été déterminées et classées que de nos jours. C'est qu'en effet longtemps on les a récusées en raison du vieux préjugé d'après lequel on considérait comme impossible qu'une syphilis *jeune* s'attaquât à des organes *profonds* comme les os.

Depuis qu'on a rompu avec cette croyance, on les a reconnues pour ce qu'elles sont, à savoir pour des expressions communes, courantes, de syphilis secondaire.

Échéances d'apparition. — Elles peuvent se produire à tout stade de la syphilis secondaire. Mais elles sont plus particulièrement fréquentes dans les étapes *jeunes* de cette période, c'est-à-dire à l'époque des premières poussées secondaires, voire de la toute première. De la sorte on les rencontre communément en coïncidence avec les syphilides qui inaugurent l'explosion des accidents généraux, telles que la roséole et la syphilide érythémato-papuleuse.

Il y a plus, mais ceci, à la vérité, ne constitue qu'une exception curieuse. Les déterminations osseuses se sont quelquefois produites en avance de quelques jours sur toutes les autres manifestations secondaires, comme *première* manifestation d'accidents généraux. Exemple :

Une jeune femme est admise dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, pour un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, datant de trois semaines environ. — Quatre semaines plus tard, elle est prise d'un malaise général, avec lassitude, courbature, brisement, légers accès fébriles vespérins, et divers autres symptômes, au nombre desquels figurent des douleurs localisées vers les articulations et vers quelques points spéciaux, tels que le crâne et les tibias. — Au niveau de chaque tibia on distingue deux foyers douloureux très circonscrits, extrêmement sensibles à la pression et faisant une très légère saillie. — Au niveau d'une bosse frontale apparaît une légère bosselure, du diamètre d'une pièce d'un franc, douloureuse spontanément et surtout extraordinairement douloureuse au toucher. — Puis, trois jours après, début d'une éruption érythémateuse, bientôt reconnue pour une roséole spécifique.

Dans ce cas, donc, des manifestations osseuses du genre de celles qui vont nous occuper ont préludé de quelques jours à l'invasion de la première syphilide.

Étiologie. — On ne sait presque rien des causes qui dirigent d'une façon précoce l'action de la syphilis sur le système osseux.

Théoriquement, on a invoqué comme telles : le tempérament scrofuleux ; — la disposition rhumatismale ou goutteuse ; — l'action de l'humidité ou du froid ; — le traumatisme ; — la misère, etc. — Rien de tout cela n'est sûrement confirmé par l'observation.

Ce que j'ai cru remarquer pour ma part, c'est que ces manifestations osseuses précoces se produisent surtout dans les trois conditions suivantes :

1° Chez les sujets jeunes et lymphatiques. Rien d'étonnant, donc, qu'à ce titre elles s'observent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

2° Dans les syphilis qui affectent d'emblée l'état général, qui d'emblée s'en prennent à la santé, en créant tout un ensemble de troubles infectieux vers les différents systèmes (syphilis asthéniques, nerveuses, fébriles, viscérales, dénutritives, etc.). Et, en effet, c'est non pas exclusivement, mais le plus souvent au milieu d'un cortège complexe de déterminations morbides que se montrent ces ostéopathies précoces.

3° Dans les syphilis malignes. Il est très habituel que des lésions osseuses précoces figurent au nombre des manifestations de cette redoutable forme de la maladie. En ce moment même je traite en ville, avec mon distingué confrère le Dr Blache, un malade qui, quatre mois après un chancre phagédénique du gland, est affecté d'une exostose tibiale en même temps que d'ulcérations phagédéniques de la peau et de la gorge.

Localisations. — Ces ostéopathies précoces ont des localisations préférées, au nombre desquelles il faut citer : en première ligne, le crâne ; — en seconde ligne, le tibia ; — en troisième ligne, les côtes et le sternum.

Voici, à ce propos, ce que m'a fourni comme résultats statistiques un relevé de 56 cas observés en ville :

Ostéopathies secondaires. — Statistique de localisation.

Le crâne	20 cas.
Le tibia ou les tibias	16 —
Les côtes	6 —
Le sternum	5 —
Le cubitus	4 —
L'humérus	1 —
Le radius	1 —
Le péroné	1 —
La clavicule	1 —
Le maxillaire inférieur	1 —
Total	56 cas.

Formes morbides. — Toutes les manifestations osseuses de la période secondaire étaient autrefois confondues sous la rubrique

commune de *douleurs ostéocopes*. Or, une observation plus rigoureuse a montré que ces manifestations, loin de consister toutes en des phénomènes identiques, se présentent au contraire sous des formes diverses qui demandent à être nosologiquement distinguées. Ainsi, avec les progrès de l'analyse clinique, on a vu :

1° Que, tantôt, les douleurs osseuses se rattachent à un ensemble de phénomènes constituant une phlegmasie superficielle de l'os ou mieux du périoste ; — et l'on a désigné ce premier ordre de lésions sous le nom de *périostite* ;

2° Que, tantôt, ces douleurs ne sont que l'expression d'une lésion plus complexe ou plus avancée, aboutissant à constituer sur la surface de l'os une tuméfaction dure, solide, vraisemblablement ossiforme ; — et l'on a donné à cet autre ensemble de phénomènes le nom de *périostose* ;

3° Que, tantôt enfin, les os deviennent le siège d'une sensibilité morbide très accusée sans qu'aucune tumeur, sans qu'aucun phénomène inflammatoire se développe à leur surface. La douleur, dans ce cas, est le seul symptôme constatable cliniquement. — A ce dernier ordre de cas reste appliquée, faute de mieux, la dénomination vague d'*ostéalgie*, dénomination que nous sommes bien forcés de conserver actuellement, puisque l'essence de cette douleur osseuse nous échappe, mais que nous nous hâterons d'abandonner ou de modifier le jour où nous serons édifiés sur le siège ou la nature de la lésion.

Périostite, *périostose*, *ostéalgie*, tels sont donc les trois modes suivant lesquels la syphilis exerce son action sur le système osseux (sans parler même de l'exostose vraie qui peut être précoce et prendre place dans la période secondaire, mais que nous nous réservons d'étudier dans une autre partie de cet ouvrage). — Voyons comment ils se caractérisent cliniquement.

I. — **Périostite**. — La périostitesecondaire est assez commune, et bien plus commune, certes, chez la femme que chez l'homme.

Elle s'accuse de la façon suivante :

Douleur fixe et limitée en un point superficiel de l'os, sourde ou peu intense dans le repos, exagérée par le mouvement, mais devenant suraiguë et intolérable par la pression ; — en ce point, soulèvement léger, en forme de bosselure étalée, plate comme une amande ; — empâtement ou tension inflammatoire à ce niveau ; — et, en certains cas seulement, sensation assez obscure de fluctuation circonscrite, comme si quelques gouttelettes d'exsudat liquide étaient interposées entre l'os et la membrane périostique.

Les périostites secondaires, détail assez remarquable, sont presque toujours *très circonscrites*. Elles n'affectent guère, en général, que l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc. Rarement elles

sont plus considérables, et souvent au contraire elles se restreignent à des proportions moindres. *Il faut donc les chercher pour les trouver* ; car bien souvent elles sont ignorées en tant que lésions par les malades, qui se plaignent simplement « d'une douleur » sans rien accuser d'autre, et bien souvent aussi elles échappent au médecin s'il ne prend soin de soumettre à une investigation attentive la région où réside cette douleur.

D'où cette règle de pratique : Alors qu'un syphilitique accuse une douleur en un point quelconque, ne point se satisfaire de cette déclaration, mais la contrôler des yeux et des doigts. Explorer, et explorer avec soin la région indiquée. Fort souvent, en effet, un palper attentif révélera sur la surface d'un os un point très circonscrit et imperceptiblement surélevé, au niveau duquel la moindre pression, le moindre attouchement déterminera une douleur vive, douleur assez aiguë quelquefois pour arracher un cri d'angoisse. Ce sera une périostite qui se dévoilera de la sorte, une périostite qui, sans un tel examen, aurait eu toutes chances pour rester méconnue ou pour être vaguement confondue avec une névralgie, une myosalgie, un rhumatisme, une douleur quelconque.

Exemple : Il est absolument fréquent que des malades syphilitiques viennent se plaindre à leur médecin de « *douleurs dans les jambes* », douleurs qu'ils rapportent soit à un rhumatisme, soit à telle ou telle autre cause imaginaire. Promenez le doigt sur la face sous-cutanée et la crête du tibia, et tout à coup le malade jettera un cri alors que vous arriverez sur une toute petite saillie de l'os, saillie inappréciable à l'œil, mais perceptible au toucher. Qu'est-ce que cela ? Une *périostite tibiale*.

II. — **Périostoses.** — Moins communes que les périostites, sans être rares cependant, et beaucoup plus facilement appréciables.

Trois phénomènes les caractérisent : 1° une *saillie* à la surface de l'os ; — 2° une *douleur* vive au niveau de cette saillie ; — 3° une *dureté véritablement osseuse* de la tumeur qu'elles constituent.

La *saillie* se traduit au toucher, et souvent à la vue. C'est un soulèvement de forme et d'étendue variables, tantôt tubéreux et mamillaire, tantôt et plus souvent étalé, aplati comme une amande, mesurant de 1 à 2 ou 3 millimètres de hauteur, sur une largeur de base d'un à plusieurs centimètres.

Cette saillie est *douloureuse* ; — douloureuse, d'abord, spontanément, soit au repos, soit surtout dans les mouvements ; douloureuse ensuite et surtout à la pression qui provoque elle une intolérable angoisse. — Détail intéressant : les douleurs spontanées que déterminent ces lésions sont notablement augmentées par la chaleur. A cela tiennent peut-être les exacerbations nocturnes qu'elles présentent au lit et qui sont souvent assez vives pour empêcher tout repos.

Enfin, dernier caractère, l'intumescence douloureuse est remarquable par sa *dureté*. Il suffit de la toucher pour acquérir la conviction qu'elle est constituée par une production osseuse ou ossiforme. C'est donc bien sûrement en une périostose que consiste la lésion.

Abandonnée à elle-même, cette périostose reste longtemps douloureuse, plusieurs semaines environ ; puis il arrive un moment où les douleurs se calment et la tuméfaction seule persiste. — La petite tumeur qui survit alors est le plus souvent sujette à des retours douloureux multiples, intermittents, que les malades ne manquent guère de considérer comme des « crises de rhumatisme ».

Au contraire, soumise au traitement spécifique, l'affection se résout très rapidement. Les douleurs, d'abord, se calment en quelques jours ; puis le relief osseux s'affaisse et disparaît sans laisser de traces.

Localisations. — Les périostoses secondaires se rencontrent en des points très variés. Mais il est certains sièges qu'elles affectent avec une prédilection marquée, à savoir : la face interne du tibia ; — le crâne ; — le sternum et les côtes.

Quelques mots sur les particularités qu'elles présentent en ces points.

1° C'est à la face interne ou sur la crête du *tibia* qu'elles sont le plus communes. Elles se produisent là sous deux formes. Tantôt ce sont des périostoses assez larges, assez volumineuses, qui dessinent à la surface de l'os une tumeur aplatie, de plusieurs centimètres de long et de large. Tantôt et plus souvent ce sont de petits mamelons granuleux et pisiformes, qui constituent autant de bosselures disséminées ou groupées. Parfois ces mamelons ne sont même pas appréciables à la vue, et il n'est alors que le toucher qui permette d'en percevoir le relief en faisant constater un état inégal, « *raboteux* », de la face interne ou de la crête du tibia.

2° Au *crâne*, où elles se manifestent plus rarement, les périostoses occupent surtout la *région frontale*. Elles forment là de petits soulèvements arrondis, de l'étendue d'une pièce d'un franc environ, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres, et tout à fait analogues d'aspect à des *bosses* traumatiques, consécutives à de légères contusions. — Il peut en exister plusieurs. J'en ai vu jusqu'à trois coïncidemment sur le frontal et le pariétal.

3° Les périostoses *sternales* sont quelquefois plus volumineuses. J'en ai fait mouler une qui mesurait 5 centimètres de diamètre comme surface, avec un relief de 4 à 5 millimètres. Elle coïncidait, comme le montre le moulage en question, avec une roséole spécifique, argument péremptoire à l'adresse des auteurs qui récusent ces périostoses en tant qu'accidents de la période secondaire.

4° Sur les côtes, les périostoses secondaires se présentent sous forme de petites nodosités, de légères bosselures, dont le doigt

apprécie facilement le relief et la dureté. Elles déterminent toujours des douleurs assez vives, que l'on confond souvent avec des points de névralgie intercostale ou de pleurodynie; car, inappréciables pour les malades, ces tubérosités costales ne se révèlent au médecin que s'il a le soin de pratiquer un examen local des plus minutieux, en promenant les doigts sur chacune des côtes. Je ne crains pas de le répéter, ce n'est qu'au prix d'une investigation des plus attentives qu'on arrive à découvrir ces petites, mais intéressantes lésions.

III. — **Ostéalgies.** — Enfin, dans un troisième ordre de cas, la syphilis secondaire détermine vers le squelette des phénomènes douloureux dont il est impossible de définir la raison anatomique.

Ce que l'on constate est ceci : Au niveau d'un os, une *douleur* circonscrite, superficielle, facilement limitable par le palper, qui provoque là dans une certaine étendue de véritables angoisses. Mais, avec cette douleur, *rien*; aucun autre symptôme, nulle tuméfaction, nulle saillie; pas d'empâtement, pas de rougeur; surface de l'os absolument lisse et normale. La douleur, en un mot, est le *seul signe appréciable*; elle seule constitue l'état morbide.

Où réside exactement cette douleur? Impossible de le dire. Dans l'ignorance de son siège précis, force nous est donc de qualifier le symptôme par le symptôme en l'appelant *ostéalgie*.

Or, les ostéalgies secondaires sont très communes, chez la femme notamment.

On les observe sur un grand nombre de points, mais plus spécialement sur les portions du squelette qui se trouvent *à nu* sous la peau, telles que les extrémités des os longs (épicondyle, épitrochlée, apophyse styloïde du radius, tête du cubitus, condyles fémoraux, tubérosités tibiales, malléoles); ou bien encore sur les apophyses de quelques os plats (voûte acromiale, épine de l'omoplate, etc.).

Il est à remarquer aussi que ces ostéalgies se portent de préférence sur les points où abonde le *tissu fibreux*, où s'épanouissent des aponévroses, où s'insèrent des tendons, des ligaments, tels que, par exemple, les extrémités articulaires, les bords de l'omoplate, les apophyses épineuses des vertèbres, etc. De sorte qu'une question se présente : le tissu fibreux n'a-t-il pas une part dans les douleurs que l'on constate en ces points et, d'une façon plus générale encore, dans celles qui se produisent à la surface des os? D'autre part, le périoste n'étant qu'une dépendance, une forme histologique de ce tissu, peut-être ne serait-il pas irrationnel de rapporter également à une affection du système fibreux les périostites dont nous avons parlé précédemment. Ce n'est là, toutefois, qu'une simple hypothèse.

IV. Aux diverses affections qui précèdent se rattachent certaines souffrances, certaines *douleurs* qui sont éminemment communes

à la période secondaire et qui, en raison de leur importance clinique, réclament ici une mention particulière. A ne parler que des plus communes, il en est trois qui comportent un véritable cachet spécifique, à savoir : la céphalée ; — la sternalgie ; — et la pleurodynie.

I. **Céphalée secondaire.** — L'usage et la routine ont appliqué le terme de céphalée à toute douleur de tête d'origine syphilitique. Qu'un sujet en puissance de syphilis vienne à se plaindre « de la tête », immédiatement et sans plus ample examen on le déclare atteint de céphalée. Et l'on croit avoir tout dit quand on a prononcé ce mot, sans même examiner le crâne, sans même rechercher s'il n'existe pas une raison locale à cette douleur. C'est là de la pathologie facile, mais les choses sont moins simples quand on y regarde de près.

En réalité, il n'y a pas *une* céphalée syphilitique ; il y en a tout au contraire plusieurs. Il est, pour le syphilitique, au moins *trois façons d'avoir mal à la tête*. Ainsi, il peut avoir mal à la tête :

1° Par le fait de *névralgies* affectant les rameaux de la cinquième paire ou les nerfs sous-occipitaux ;

2° Par le fait de douleurs internes, profondes, probablement encéphaliques (*céphalée* proprement dite) ;

3° Par le fait de douleurs externes ayant leur origine dans le *système osseux* (os et périoste).

Eh bien, cette troisième variété est précisément celle qui se trouve en cause pour l'instant. Elle est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement, et on la reconnaîtra sans peine pour peu qu'on prenne soin de la rechercher. De la rechercher, comment ? Le plus simplement du monde, à savoir : en explorant patiemment et minutieusement le crâne, et tout le crâne, région par région, et en ayant soin d'exercer sur chaque point exploré une légère pression. Qu'arrive-t-il ou que peut-il arriver alors ? C'est que tout à coup la pression exercée sur un point éveille une vive douleur, et que le malade s'écrie : « Ah ! voilà bien ma douleur ; vous y êtes ; c'est là que je souffre. » Puis, examinant avec plus de soin encore ce foyer douloureux, on y découvre de deux choses l'une : ou bien une légère saillie avec empâtement ou dureté ; — ou bien rien du tout, rien autre qu'un point particulièrement sensible au moindre attouchement. Qu'est-ce que cela veut dire ? Périostite ou périostose, dans le premier cas ; — ostéalgie simple, dans le second.

Au reste, il n'est pas rare que les malades dirigent eux-mêmes le médecin dans la voie de ce diagnostic par la seule façon dont ils accusent leurs douleurs. C'est ainsi, par exemple, que les femmes de nos salles nous racontent parfois, en nous expliquant leurs souffrances, qu'elles ont « la tête comme meurtrie », qu'elles ne peuvent plus « se toucher la tête, tant elle est sensible par endroits », ou bien

« qu'elles n'osent plus se peigner, se démêler, parce que le peigne, en passant sur certains points du cuir chevelu, y excite une douleur insupportable », etc. ; tous propos, toutes façons de dire qui suffisent à appeler immédiatement l'attention du médecin vers une lésion superficielle du crâne.

II. **Sternalgie**. — Bien plus rare que le symptôme précédent, mais ne laissant pas de se rencontrer dans un certain nombre de cas, chez la femme spécialement.

Ce en quoi elle consiste est purement et simplement une sensation douloureuse présternale. Mais il faut être prévenu que les malades la traduisent le plus souvent de façon à donner le change. Le plus souvent, en effet, ils disent « souffrir de la poitrine, voire de l'estomac (!), avoir un poids, une barre sur le thorax, ne plus pouvoir respirer sans douleur, etc. ». Un examen local est donc ici, comme pour la céphalée, absolument *indispensable* au diagnostic. Et cet examen, en l'espèce, sera non moins révélateur, en démontrant ceci : à la surface antérieure du sternum, un ou plusieurs *foyers douloureux* exactement circonscrits, au niveau desquels le simple contact du doigt éveille une douleur vive, alors que les surfaces voisines restent absolument indolentes à la pression.

Suivant les cas, c'est à une périostite, à une périostose, ou (plus souvent) à une ostéalgie simple que répondent ces foyers douloureux. — Ils ont en général l'étendue d'un pain à cacheter ou d'une pièce d'un franc. Parfois cependant on les a vus mesurer 5 à 6 centimètres de largeur. J'ai même eu l'occasion d'observer une femme sur laquelle la presque totalité du sternum était le siège d'une sensibilité extraordinaire au moindre attouchement.

Bien plus rarement, l'appendice xiphoïde devient le siège d'une sensibilité douloureuse à la pression, et cela sans lésion apparente (*xiphalgie*). La douleur est alors rapportée par les malades « au creux de l'estomac, à l'estomac », et peut facilement donner le change pour un point gastralgique.

III. **Pleurodynie** (*point de côté secondaire*). — Manifestation identique de nature aux deux précédentes et relevant comme elles de lésions osseuses. Particulièrement commune chez la femme au moment des poussées secondaires.

Cliniquement, elle consiste en ceci : une douleur plus ou moins vive dans un côté du thorax, latéralement en général ; — douleur gênant la respiration, s'exaspérant par les mouvements du thorax, devenant suraiguë dans la toux, l'éternuement, et donnant alors la sensation « d'un poignard enfoncé dans les chairs ».

Si l'on s'en tient aux déclarations du malade, on prendra cette douleur pour une pleurodynie vulgaire, pour un rhumatisme, pour

une névralgie intercostale, etc. Mais, si l'on vient à explorer méthodiquement le thorax en promenant les doigts sur chaque côte au niveau de la région endolorie, on arrive à dépister (comme tout à l'heure sur le crâne ou le sternum) un foyer très circonscrit de souffrance osseuse. Et, dès que le doigt du médecin touche ce foyer, le malade sursaute aussitôt en s'écriant : « C'est là, vous êtes sur ma douleur, vous la tenez. »

Puis, alors, un examen plus attentif de ce point révèle de deux choses l'une : ou bien l'existence à ce niveau d'un relief, d'une saillie osseuse (périostite ou périostose) ; — ou bien l'absence de toute lésion appréciable (ostéalgie).

Plus rarement des phénomènes de même ordre se rencontrent au niveau des cartilages costaux (*périchondrite secondaire*).

Somme toute, ce qu'on appelle si indûment la pleurodynie ou le point de côté secondaire n'est rien autre qu'une manifestation douloureuse relevant d'ostéopathies de la cage thoracique, et cela à l'instar de la céphalée cranienne et de la sternalgie, qui ne sont que des *algies* de même origine et de même nature.

Traitement. — Le traitement spécifique est le sédatif par excellence de toutes ces manifestations douloureuses du système osseux. L'opium et les narcotiques vulgaires, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc., n'exercent sur elles presque aucune action ou ne produisent qu'un soulagement éphémère.

En tant que traitement spécifique, ce qui réussit le mieux est très certainement l'association du mercure et de l'iodure. Spécifions seulement que de petites doses d'iodure (2 grammes par jour en moyenne) sont très généralement suffisantes et agissent tout aussi bien que des doses plus élevées.

Si l'affection résiste (ce qui est bien rare), on pourra avoir utilement recours soit à des onctions mercurielles *in situ*, soit à des badigeonnages à la teinture d'iode, soit à de petits vésicatoires volants.

II. — ARTICULATIONS

La syphilis secondaire n'affecte les articulations qu'avec une fréquence très inférieure à celle des accidents osseux dont nous venons de parler.

Elle s'y manifeste sous trois formes, à savoir :

1° Des phénomènes douloureux, non accompagnés de la moindre lésion appréciable (*arthralgie*) ;

2° Des *hydarthroses*, c'est-à-dire des fluxions hypercriniques dépourvues de tout symptôme d'acuité ;

3° Des *arthropathies pseudo-rhumatismales*, de modalité subaiguë, rappelant plus ou moins les fluxions rhumatismales vulgaires.

I. **Arthralgies**. — Forme de beaucoup la plus commune des trois. — Purement subjective, et exclusivement constituée par un symptôme unique, à savoir une douleur articulaire *sine materiâ*.

Ce qu'on observe est ceci : une articulation devenue douloureuse dans les mouvements, et c'est tout. C'est tout, car, si l'on examine, même avec le plus grand soin, cette articulation endolorie, on n'y trouve rien que de normal : pas de tuméfaction, pas de déformation, pas de rougeur tégumentaire, pas d'épanchement, pas de craquements, etc. ; rien que des signes négatifs, en un mot, à part la *douleur*. Encore cette douleur ne s'accuse-t-elle pas toujours de la même façon. Le plus souvent elle coexiste avec une certaine sensibilité de la jointure à la pression ; mais quelquefois aussi cette jointure se montre absolument indolente au palper, et toute l'affection se trouve alors constituée par un simple trouble fonctionnel appréciable seulement pour le patient, inappréciable pour le médecin, nul au repos et ne devenant manifeste que dans les mouvements.

Détail assez curieux, cette douleur articulaire a pour caractère assez fréquent de *s'accroître par le repos* et de *se dissiper par l'exercice*. Ainsi nombre de fois j'ai entendu mes malades de Lourcine me dire ceci : « La nuit, quand je me réveille, ou le matin, quand je me lève, mes membres sont comme perclus, douloureux ; je ne puis sans douleur remuer mes bras ou plier mes genoux pour ramasser mes chaussures. Puis, quand je me suis un peu secouée, forcée, alors cela va mieux. Mes jointures, qui étaient comme *rouillées*, *se dérouillent*, et, quelques heures après, mes membres sont bien plus libres, moins endoloris. Je me crois alors guérie. Mais, la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose, etc. » Il y a vraiment dans ce fait de jointures endolories et rouillées par le repos, puis dérouillées par le mouvement (je conserve à dessein les expressions de nos malades qui sont tout à fait significatives), quelque chose d'assez spécial qui ne laisse pas d'imprimer aux arthralgies secondaires une note, non pas certes pathognomonique et distinctive, mais quelque peu particulière.

Ces arthralgies secondaires se produisent surtout dans les premiers mois de l'infection et coïncidemment avec les grandes poussées éruptives ou nerveuses de cette période.

Elles sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. — Les prédispositions rhumatismales, soit personnelles, soit acquises, y paraissent absolument étrangères.

La plupart des articulations, notamment des grandes articulations, y sont sujettes. Quelques-unes toutefois en sont bien plus fréquemment affectées que d'autres. Citons comme telles :

1° *Les articulations scapulo-humérales.* — Nombre de malades se plaignent de douleurs « dans les épaules », notamment en levant les bras. Exemple : nombre de femmes renoncent à se coiffer le matin,

parce que « c'est un supplice pour elles de faire manœuvrer leurs épaules enraidies ».

2° *Les genoux.* — Localisation encore très commune, rendant difficiles et douloureuses la marche, la station et surtout la flexion complète des membres. Très fréquemment les malades se plaignent de ne plus pouvoir, sans une souffrance réelle, ramasser un objet à terre.

3° Les *coudes*, les *poignets* et les *articulations tibio-tarsiennes*.

Remarque. — Certes, les arthralgies sont communes dans la période secondaire ; mais elles le sont moins que ne le donneraient à supposer les déclarations de nos malades. Nombre de douleurs rapportées par eux aux articulations ne sont pas en réalité de localisation articulaire ; et, quand on prend soin d'en déterminer le siège précis par une analyse minutieuse des symptômes, on les voit se convertir en myosalgies, en périostites, en ténosites, en névralgies, etc. Il importe donc de ne pas se fier aux sensations accusées par les malades et de les contrôler par un examen direct.

Durée. — Traitement. — La durée de ces arthralgies secondaires est éminemment variable, mais variable surtout suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement spécifique.

Abandonnées à elles-mêmes, elles persistent en général assez longtemps, plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avec alternances de rémissions et de recrudescences. C'est ainsi que bien souvent j'ai entendu des femmes syphilitiques, dont la syphilis avait été longtemps méconnue, me raconter que pendant des mois (trois, cinq, six mois) elles n'avaient cessé de souffrir de vives douleurs dans les jointures, et cela « sans qu'on y vît rien ».

En revanche, soumises au traitement antisyphilitique, ces arthralgies s'évanouissent comme par enchantement. Elles s'apaisent souvent illico et disparaissent en quelques jours. Il est même (à part la céphalée) peu de symptômes syphilitiques qui soient aussi rapidement accessibles à l'action du traitement. A ce point que, s'il pouvait rester quelques doutes sur la connexion de ces arthralgies avec la syphilis, ces doutes tomberaient tout aussitôt devant la constatation de tels effets thérapeutiques.

Le traitement mixte est ici d'indication formelle. Il fournit des résultats bien autrement rapides que l'usage exclusif du mercure ou de l'iodure.

II. **Hydarthrose.** — Beaucoup plus rare que l'arthralgie, et cela, d'après mes statistiques, dans la proportion de 4 à 23.

C'est la forme *froide* des arthropathies secondaires à lésions apparentes.

Son symptôme essentiel et souvent son unique symptôme consiste en un épanchement articulaire qui se constitue à froid, c'est-à-dire

sans réaction générale ou locale, sans phénomènes de fluxion articulaire. — Cet épanchement est en général peu abondant, moyen tout au plus, souvent même minime, au point de pouvoir passer inaperçu.

Au début, cette hydarthrose secondaire peut s'accompagner de quelques légères douleurs ou plutôt d'une certaine gêne dans l'articulation ; mais elle devient bientôt indolente et reste telle jusqu'à sa terminaison.

Encore est-il nombre de cas où elle se produit sans la moindre douleur, au point de ne préoccuper en rien les malades ou même de rester absolument *latente*. C'est alors par hasard que le médecin s'en aperçoit. Il m'est arrivé bien des fois à l'hôpital, en examinant des malades au lit à propos de n'importe quel symptôme, de découvrir sur eux des hydarthroses des genoux dont ils ne m'avaient pas parlé, voire dont ils ignoraient l'existence.

Les hydarthroses secondaires ont un véritable siège d'élection, à savoir le *genou*. — Il n'est pas rare qu'elles affectent les deux genoux, soit simultanément, soit successivement.

Que deviennent-elles et que durent-elles alors qu'elles sont abandonnées à leur évolution propre ? Je ne saurais le dire; tout ce que j'en sais c'est que, sûrement, elles peuvent guérir *sponte suâ*, voire en quelques jours, comme j'en ai eu la preuve plusieurs fois.

Traitées, elles se résorbent facilement et toujours d'une façon rapide (cinq, huit à douze jours).

Le traitement mixte, aidé du repos et de la compression ouatée, est ce qui leur convient le mieux. — Rarement il est nécessaire de recourir à des topiques locaux, tels que teinture d'iode, vésicatoires volants, etc.

Quelquefois, enfin, ces hydarthroses reparaissent après guérison, et cela sans provocation, sans cause, c'est-à-dire comme elles s'étaient produites une première fois.

Dépourvues de tout symptôme propre, elles ne se différencient des hydarthroses vulgaires que par les considérations suivantes : absence de toute raison étiologique, d'ordre général ou local; — volume moindre, par le fait d'un épanchement toujours peu intense et souvent même minime; — curation facile sous l'influence du traitement spécifique.

Quant à leur spécificité d'origine, elle ressort bien manifestement et des considérations susdites et des conditions mêmes dans lesquelles se produisent ces déterminations articulaires, et des divers symptômes spécifiques qui leur servent habituellement de cortège.

III. **Arthropathies secondaires pseudo-rhumatismales.** — C'est là, à coup sûr, la forme la plus rare des manifestations de ce groupe, mais non la moins curieuse.

D'un mot je puis la caractériser en disant qu'elle reproduit à peu près exactement ce qu'est une fluxion articulaire subaiguë de rhumatisme simple.

Ce qu'on observe, en effet, est ceci : une jointure devenue rapidement douloureuse, douloureuse spontanément et plus encore au toucher, au simple palper. Cette douleur empêche les mouvements et immobilise le membre affecté, mais elle n'est jamais que modérée, voire légère, très différente donc en cela de celle du rhumatisme aigu et, *à fortiori*, de celle d'une arthrite vraie. — A l'examen, on constate une fluxion, une tuméfaction manifeste de ladite jointure, mais sans notable exagération de volume et sans déformation. — Au palper, léger épanchement intra-articulaire, assez peu abondant parfois pour rester presque douteux. — Téguments péri-articulaires normaux, sauf en certains cas exceptionnels où ils se recouvrent d'une très légère suffusion rosée. — Finalement, apyrexie usuelle, et absence de tout trouble sympathique. — Alors, seulement, que les symptômes locaux revêtent une acuité insolite, il se produit un certain degré de réaction générale, à savoir : fièvre modérée, toujours assez éphémère, malaise, courbature, inappétence, etc.

Localisations. — Cette fluxion rhumatoïde de la syphilis secondaire se limite le plus habituellement à une seule articulation. Elle peut s'étendre cependant à deux ou trois. Mais jamais (du moins dans les observations personnelles que je consulte pour cette description) je ne l'ai vue se disséminer davantage, encore moins se généraliser à la façon du rhumatisme vulgaire.

Comme siège, elle se porte le plus souvent sur le genou ou sur les genoux. Plus rarement on l'observe sur les articulations tibio-tarsiennes, au poignet et au coude. Je ne l'ai pas encore rencontrée sur les petites articulations.

Durée ; terminaisons. — Les arthropathies pseudo-rhumatismales de la syphilis secondaire ne constituent, à l'instar de tous les accidents de cette même période de la maladie, que des manifestations passagères. Même non traitées, elles s'effacent et disparaissent, comme j'en ai acquis la preuve plusieurs fois, mais non sans avoir duré plus ou moins longtemps, c'est-à-dire des semaines ou même plusieurs mois. Au contraire, sous l'influence du traitement spécifique, elles guérissent rapidement. — Il va sans dire qu'une thérapeutique locale appropriée (repos, immobilisation de la jointure, compression ouatée, badigeonnages à la teinture d'iode, vésicatoires volants, etc.), peut en accélérer la disparition.

La résolution complète, intégrale, est de règle à la suite de ces manifestations. — Toutefois, quand elles sont négligées et qu'elles durent un certain temps, elles peuvent laisser à leur suite des lésions d'**arthrite sèche**, sous forme de craquements articulaires, notamment de petits craquements multiples fournissant une crépitation analogue

à celle de l'amidon froissé entre les doigts. — Les genoux sont le siège favori de cet épiphénomène.

Il m'est arrivé bien des fois de rencontrer sur des malades anciennement syphilitiques des craquements articulaires de cet ordre, qui, renseignements pris, m'ont bien semblé n'être que la conséquence d'arthropathies rhumatoïdes ou d'hydarthroses survenues au cours de la période secondaire.

Nature. — Diagnostic. — I. Certes, les diverses manifestations articulaires que je viens de décrire comme symptômes possibles de la syphilis secondaire affectent une ressemblance des plus marquées avec le rhumatisme simple, vulgaire. Et comment en serait-il autrement? Le siège de ces accidents est celui du rhumatisme; leurs symptômes, leurs lésions apparentes, voire leur évolution, ne diffèrent qu'à peine de ce qu'on observe dans le rhumatisme. On pourrait donc croire — et cette opinion a été soutenue plus d'une fois — que ces prétendues arthropathies spécifiques ne sont rien autre en réalité que des phénomènes rhumatismaux développés par hasard sur des sujets syphilitiques. Cela serait une erreur. Bien certainement ces accidents constituent des manifestations d'origine et d'essence spécifiques. Ce qui le démontre, c'est, d'une part, leur production chez des sujets syphilitiques à une époque déterminée de la diathèse, à savoir l'étape secondaire; — c'est, d'autre part, leur coïncidence fréquente avec des arthralgies indubitablement syphilitiques; — c'est, non moins fréquemment, leur coïncidence avec d'autres symptômes spécifiques, tels que syphilides cutanées, syphilides muqueuses, céphalée, iritis, etc.; — c'est leur résolution relativement facile sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium; — c'est leur apparition en dehors des causes habituelles du rhumatisme, chez des sujets non rhumatisants, non rhumatisants ni par eux-mêmes ni par disposition héréditaire; — ce sont, enfin, certains détails de leur symptomatologie propre que va mettre en relief le parallèle suivant, tels que fixité sur les jointures envahies, défaut de tendance à la dissémination, exacerbations nocturnes des douleurs, absence de réaction sur les séreuses cardiaques, etc.

II. La forme rhumatismale des arthropathies spécifiques impose certes un diagnostic différentiel avec le rhumatisme vulgaire.

Or, les difficultés d'un tel diagnostic sont éminemment variables suivant les cas, c'est-à-dire, à ne parler que des cas extrêmes, tantôt nulles ou presque nulles, tantôt au contraire multiples et presque insurmontables.

Et, en effet, si l'on oppose de part et d'autre des cas *francs*, c'est-à-dire si l'on met en parallèle des cas typiques de rhumatisme et d'arthropathies spécifiques, tout aussitôt le diagnostic jaillit d'une série de différences que résume le tableau suivant :

Rhumatisme vulgaire.	Rhumatisme syphilitique.
I. — *Polyarticulaire*, et affectant en général un grand nombre de jointures.	I. — N'affecte guère qu'une ou deux jointures, bien plus rarement trois, très exceptionnellement un plus grand nombre. — *Ne se généralise jamais*, en tout cas, à la façon du rhumatisme vulgaire.
II. — Affecte également grandes et petites articulations.	II. — Se porte exclusivement sur les *grandes articulations* (genoux de préférence) et respecte les petites.
III. — Généralement *mobile*, c'est-à-dire passant d'une articulation à une autre, et de celle-ci à d'autres encore.	III. — Constitué par des manifestations de localisation *fixe*. — Nulle tendance au déplacement, à la mobilité.
IV. — *Réaction fébrile* toujours plus ou moins vive.	IV. — Pas de fièvre en général ; — quelquefois, cependant, fièvre légère, mais (sauf exceptions rares) de courte durée.
V. — Troubles sympathiques multiples, plus ou moins accentués.	V. — Pas ou peu de troubles sympathiques.
VI. — *Sudations* fréquentes, parfois profuses, souvent assez importantes pour constituer par elles seules un symptôme presque significatif.	VI. — Pas de sudations.
VII. — Modification des urines, qui deviennent rares, rouges, chargées d'acide urique et d'urates.	VII. — Pas de modifications notables des urines.
VIII. — Tendance fréquente à retentir sur les séreuses cardiaques.	VIII. — Pas de retentissement cardiaque.
IX. — »	IX. — Parfois exacerbation nocturne des douleurs presque caractéristique.
X. — »	X. — Invasion au cours d'une étape déterminée de l'infection, à savoir: période secondaire. Donc : 1° Antécédents de syphilis récente ; 2° Coïncidence très habituelle de symptômes d'ordre secondaire (syphilides, plaques muqueuses, adénopathies, alopécie, céphalée, fièvre spécifique, iritis).
XI. — Étiologie : prédisposition soit héréditaire, soit acquise, aux accidents rhumatismaux. Quelquefois cause provocatrice actuelle : action de l'humidité ou du froid.	XI. — »
XII. — »	XII. — Critérium thérapeutique : influence rapidement curative du traitement spécifique.

Voilà pour les cas typiques.

Mais, il n'est pas à le nier, un rapprochement n'est pas impossible entre ces deux entités morbides théoriquement si disparates. D'une part, en effet, le rhumatisme vulgaire peut s'atténuer et se modifier comme ensemble symptomatologique, par exemple n'affecter qu'un petit nombre d'articulations, ne s'accompagner que d'une réaction fébrile et de troubles sympathiques très modérés, ne pas retentir sur le cœur, n'offrir aucune tendance à la mobilité, etc., etc. D'autre

part, le rhumatisme syphilitique peut envahir plusieurs articulations, prendre une forme aiguë, déterminer un certain degré de fièvre et de troubles généraux, ou bien encore coexister avec une fièvre spécifique (laquelle, on en conviendra, est bien faite pour donner le change en l'espèce), etc. De sorte qu'il est des cas où une réelle transition semble s'établir de l'un à l'autre de ces types morbides, et qu'un diagnostic différentiel à instituer entre eux devient singulièrement délicat, difficile, voire impossible quelquefois.

Comme exemple, je citerai le cas d'un malade que j'ai sous les yeux actuellement dans mon service de Saint-Louis. Ce malade, au cours d'une syphilis secondaire très féconde en manifestations, a été pris, il y a quelques semaines, d'accidents de rhumatisme subaigu sur les genoux et sur une articulation tibio-tarsienne, avec fièvre modérée, courbature, inappétence, etc. S'agissait-il d'une poussée d'arthropathies spécifiques ou bien d'un rhumatisme intercurrent sur un sujet syphilitique? Pendant une quinzaine, le diagnostic *de nature* de ces manifestations est resté vraiment insoluble, en dépit d'une analyse quotidienne et minutieuse des symptômes. Puis, finalement, l'insuccès du traitement spécifique et l'invasion d'une endocardite légère nous a tous convaincus que nous avions affaire à une simple coïncidence éventuelle de rhumatisme vulgaire sur un sujet syphilitique.

Que de cas de cet ordre n'aurais-je pas à produire, dans lesquels le diagnostic est resté en suspens, et cela même parfois jusqu'après guérison !

C'est dans ces cas douteux qu'un véritable critérium peut être fourni par l'influence curative du traitement spécifique. Comme spécimen, je rappellerai l'histoire d'un de nos collègues, médecin des plus distingués, qui se trompa sur lui-même dans un cas de ce genre et se crut longtemps « *rhumatisant* », alors qu'en réalité il était simplement sous le coup d'arthropathies syphilitiques. Affligé, au cours d'une syphilis secondaire d'ailleurs assez bénigne, de douleurs multiples de l'ordre de celles que nous venons d'étudier, ce confrère se traita pendant trois mois entiers à l'aide de tous les antirhumatismaux vulgaires, tels que sulfate de quinine, bicarbonate de soude, colchique, vératrine, bains de vapeur, douches sulfureuses, etc., etc. Aucun de ces remèdes ne lui procura le moindre soulagement. Du jour, en revanche, où l'erreur fut suspectée, l'administration des antisyphilitiques dissipa comme par enchantement ce prétendu rhumatisme, et le malade fut guéri, absolument guéri, en moins d'une quinzaine. — Qu'un tel fait nous reste en souvenir, pour nous tenir en garde contre les surprises auxquelles expose en pratique ce pseudo-rhumatisme de la vérole !

III. — SYNOVIALES TENDINEUSES

Les affections tendineuses de la syphilis secondaire étaient restées méconnues, lorsque l'attention a été appelée sur elles presque simultanément (septembre et octobre 1868) par M. le Dr Verneuil et par moi. Depuis lors elles ont donné lieu à de nombreux travaux.

Peu fréquentes, elles s'observent surtout chez la femme (bien plus souvent que sur l'homme) et souvent en coïncidence avec d'autres accidents du système locomoteur, tels que périostite, arthralgie, rhumatisme spécifique, etc. — Ce sont en général des manifestations assez précoces de l'étape secondaire.

Elles se présentent sous deux formes bien distinctes. Dans l'une, ce sont des *hydropisies* simples des gaines tendineuses, des hypercrinies synoviales. — Dans l'autre, elles consistent en des *phlegmasies* vraies, plus ou moins aiguës de ces gaines; ce sont alors des *ténosites* ou *synovites tendineuses*.

Spécifions les caractères propres à chacune de ces formes.

I. **Hydropisie simple des synoviales tendineuses.** — Celle-ci se caractérise par l'épanchement d'une certaine quantité de liquide, quantité généralement minime, à l'intérieur de la cavité séreuse où glisse le tendon. A dessein, je l'ai qualifiée du nom d'hydropisie, pour cette raison que l'épanchement séreux qui la constitue se produit sans processus inflammatoire, sans rougeur des téguments, sans douleur ou avec une douleur insignifiante, sans troubles fonctionnels véritables. A ce point de vue, elle se distingue nettement de la ténosite vraie que nous étudierons en second lieu.

Distension d'une gaine tendineuse par un épanchement liquide, tel est à peu près l'unique phénomène qui se présente à constater ici. Cette distension s'accuse extérieurement par une intumescence, une saillie légère, une sorte de *bosselure*, laquelle a nécessairement pour caractère de se produire *sur le trajet d'un tendon*. — La tuméfaction constituée de la sorte suit le tendon dans une certaine étendue; elle reste habituellement bien circonscrite. — Elle est indolente; indolente d'abord spontanément (ce qui fait que les malades ne s'en plaignent pas et qu'elle peut facilement passer inaperçue du médecin); en second lieu, indolente même au palper, à la pression. — Elle ne s'accompagne non plus d'aucune coloration morbide des téguments, et c'est à peine si elle détermine une gène très légère dans les mouvements dévolus aux tendons. — Enfin, elle est habituellement fluctuante; quelquefois néanmoins elle n'offre qu'une fluctuation obscure, vague, ou malaisément appréciable.

Comme siège, les hydropisies tendineuses de la période secondaire présentent une particularité curieuse. C'est leur prédilection marquée

pour les *tendons extenseurs des doigts*. Presque toujours, neuf fois sur dix, elles se produisent au dos de la main, sur la face postérieure du métacarpe. Elles occupent là les synoviales de l'extenseur commun des doigts ou de l'extenseur propre de l'auriculaire, plus rarement celles du court extenseur et du long abducteur du pouce. — Quelquefois encore je les ai observées sur le dos du pied, affectant les tendons extenseurs des orteils.

Unilatérales le plus habituellement, elles se présentent parfois doubles et symétriques. Tel était le cas, par exemple, d'une de mes malades qui portait à chaque main une hydropisie des gaines tendineuses métacarpiennes.

Ce sont là, par excellence, des lésions bénignes et peu persistantes. Je les ai toujours vues se résoudre d'une façon facile et rapide. Il est même inutile, comme l'expérience m'en a convaincu, de leur opposer une médication spéciale, topique. Le traitement interne leur suffit amplement, et je crois même qu'elles guériraient *sponte suà*, sans traitement d'aucun genre.

II. **Synovites tendineuses**. — Très différentes comme physionomie, celles-ci se traduisent de la façon suivante :

Sur le trajet d'un tendon, soit dans sa continuité, soit plus souvent en un point voisin de son insertion sur le squelette, tuméfaction légèrement saillante, allongée comme forme, suivant exactement dans une étendue variable le trajet de ce tendon; — tuméfaction de caractère inflammatoire, douloureuse spontanément, douloureuse surtout au toucher ou dans les mouvements, se dessinant même parfois à la peau par une rougeur rubanée; — tuméfaction rarement fluctuante et ne fournissant guère en général que la sensation d'un empâtement phlegmoneux; — troubles fonctionnels plus ou moins accusés, en relation avec les usages des muscles; mouvements volontaires toujours empêchés à des degrés divers, difficiles ou douloureux; mouvements imprimés éveillant une vive souffrance au siège de la lésion; — et enfin, comme dernier signe (mais celui-ci rare, exceptionnel même), sensation de « neige pilée ou d'amidon froissé entre les doigts », alors qu'on provoque le glissement du tendon dans sa gaine dépolie.

Ces divers symptômes sont ceux de toute ténosite, et ils ne diffèrent pas dans la syphilis de ce qu'ils sont dans toute autre maladie, notamment dans le rhumatisme blennorrhagique. Insistons même ici pour signaler au passage la très curieuse identité de symptômes objectifs qu'affectent ces ténosites secondaires de la syphilis avec les ténosites dérivant de la blennorrhagie.

L'affection, d'ailleurs, est d'intensité variable. Le plus habituellement elle s'en tient à un type subaigu, bénin et peu douloureux. Quelquefois cependant elle revêt une acuité réelle. L'inflammation locale

est alors assez vive; les douleurs deviennent comparables à celles d'un rhumatisme quelque peu intense; la peau se couvre d'une suffusion rosée ou même d'une rougeur « pelure d'oignon »; les téguments s'empâtent; le membre affecté s'immobilise par le fait de la souffrance. A ces symptômes locaux peuvent même s'ajouter, chez les sujets nerveux et excitables, quelques phénomènes peu durables de réaction générale (mouvement fébrile, inappétence, malaise, insomnie, etc.); cela toutefois est assez rare.

Comme *siège*, un trait curieux de ces lésions est de se porter avec une préférence marquée vers certains tendons. Ceux qu'elles affectent le plus fréquemment sont : en première ligne, les tendons extenseurs des orteils; — en seconde ligne, le tendon du biceps; — en troisième, les tendons péroniers et les tendons extenseurs des doigts.

On les rencontre encore, mais d'une façon bien moins commune, sur les tendons qui avoisinent l'articulation du genou, sur ceux de la patte d'oie, sur celui du long supinateur, sur le tendon d'Achille, etc.

La ténosite vraie est bien plus persistante que l'hydropisie simple des tendons. Elle se résout d'une façon plus difficile et plus lente. Aussi exige-t-elle presque toujours, indépendamment du traitement général, une médication topique, que rendent d'ailleurs indispensable les souffrances accusées par les malades.

Cette médication n'a pour objet le plus souvent que de calmer les douleurs. Elle ne consistera donc qu'en des applications sédatives (cataplasmes laudanisés, fomentations émollientes, liniments narcotiques, badigeonnages au salicylate de méthyle, enveloppements d'ouate, etc.). — Quelquefois cependant elle devra être antiphlogistique ou résolutive. C'est ainsi qu'en certaines circonstances l'indication se présente d'avoir recours soit aux ventouses scarifiées, qui m'ont semblé d'un excellent effet alors que l'inflammation locale est très vive, soit aux vésicatoires volants comme moyen de favoriser ou d'activer la résolution. — Il est bien rare que huit à dix ou quinze jours au plus de cette médication ne suffisent pas à délivrer complètement les malades.

Formes frustes. — *Éléments du diagnostic.* — Besoin est de spécifier ici qu'en nombre de cas les lésions tendineuses, au lieu de se présenter avec la physionomie nette et précise que je viens de décrire, restent bien moins définies comme expression symptomatologique, plus obscures, voire frustes et larvées. Cela, pour des raisons multiples et diverses : parce que, d'abord, tels ou tels de leurs symptômes (rougeur, tuméfaction, épanchement, etc.), peuvent n'être que médiocrement accentués ou se trouver masqués par un empâtement œdémateux; — parce que, si peu qu'elles soient un peu profondes, elles ne se traduisent plus que par des signes plus ou moins

équivoques; — parce que, coexistant parfois avec une arthropathie voisine, elles sont englobées en quelque sorte dans la symptomatologie prédominante de l'affection articulaire. Ainsi, j'ai vu une synovite du biceps fémoral être presque absolument dissimulée par une arthropathie du genou. Aussi bien, en de telles occurrences, ces lésions tendineuses risquent-elles d'échapper à l'attention du médecin ou de rester méconnues. Il n'est qu'un moyen, qu'une *méthode* pour se tenir en garde contre des surprises ou des erreurs de ce genre et restituer le diagnostic dans la droite voie. Cette méthode consiste en ceci : 1° Interroger et contrôler avec soin les sensations douloureuses énoncées par le malade ; — 2° Soumettre la région endolorie à une véritable *analyse anatomique* par un toucher digital des plus attentifs, en vue de circonscrire exactement le siège précis de la douleur. De la sorte, on aboutira à reconnaître, s'il s'agit d'une lésion tendineuse : 1° que la douleur a un siège unique et bien délimité ; — 2° que ce siège correspond avec une rigueur anatomique au trajet d'un tendon ; — 3° qu'éveillant en ce point une souffrance plus ou moins vive la pression reste indolente en dehors de ce point ; — 4° enfin, que la douleur est excitée, exaspérée par tous les mouvements spontanés ou provoqués dont l'effet est de tendre le tendon malade. C'est et ce n'est qu'à l'aide d'une exploration dirigée de la sorte qu'on parviendra à dépister dans les cas difficiles une synovite tendineuse et à pouvoir en affirmer l'existence.

En l'espèce, d'ailleurs, la difficulté est moins de trouver la lésion quand on la recherche que de *songer à la rechercher*. Nombre de synovites n'échappent au diagnostic que faute d'un examen suffisant pour les reconnaître.

Tandis que, si l'on s'astreint à mettre en œuvre, dans les cas obscurs et douteux, la très simple méthode que je viens de dire, on aboutira maintes fois à localiser dans le système synovial des douleurs et des troubles fonctionnels dont le véritable siège, sans elle, aurait couru grand risque de rester méconnu. Pour avoir curieusement étudié cette question, je crois être en droit d'affirmer que nombre de ces souffrances vagues dont se plaignent si fréquemment les syphilitiques à la période secondaire relèvent de synovites tendineuses. Ainsi, j'ai bien souvent constaté :

1° Que certaines de ces douleurs « *de genoux* », qui nous sont si souvent accusées par nos malades, ont leur origine dans des lésions tendineuses, lésions affectant soit le tendon rotulien, soit surtout les tendons de la patte d'oie, soit encore l'extrémité du tendon du biceps au niveau de la tête du péroné, soit même peut-être celui du demi-membraneux ;

2° Que, de même, certaines douleurs « des *chevilles* ou des *pieds* » relèvent de lésions semblables occupant les tendons extenseurs des orteils, le tendon de l'extenseur du pouce ou les tendons péroniers ;

3° Que celles du *poignet* et des *mains* résultent le plus habituellement de lésions localisées dans les tendons extenseurs des doigts ;

4° Que celles du coude et celle notamment « *de la saignée* » ont souvent leur siège dans le tendon du biceps.

Cette dernière mérite une mention spéciale. Il n'est pas rare que des sujets syphilitiques se plaignent d'éprouver au pli du coude, « à la saignée », comme ils le disent, une sorte de point fixe douloureux, d'étreinte locale, qui les empêche d'étendre l'avant-bras sur le bras. Ce symptôme, à coup sûr, peut relever de causes diverses, par exemple d'une arthralgie, d'une périostite ou d'une de ces myosites bizarres que nous allons bientôt étudier. Mais, non moins certainement, il dérive parfois d'une *synovite bicipitale*. Et, en effet, dans les cas de cet ordre, le doigt porté sur le tendon du biceps éveille là une vive douleur, tandis que les parties voisines restent indolentes au palper. D'autre part, tous les mouvements, volontaires ou communiqués, qui ont pour résultat de tendre ce tendon déterminent en ce même point, et là seulement, une souffrance aiguë. De tels signes ne sont-ils pas dénonciateurs d'une ténosite ?

Hygroma secondaire. — Des lésions d'ordre tout semblable affectent quelquefois, mais bien plus rarement, les bourses séreuses sous-cutanées ou profondes, et constituent ce qu'on a appelé l'hygroma secondaire.

On les a rencontrées sur des points très divers, à savoir : le plus souvent sur la bourse prérotulienne (et quelquefois d'une façon symétrique) ; — moins souvent sur la bourse rétro-olécranienne ou celle de la patte d'oie ; — rarement sur la bourse ischiatique (dont la lésion, soit dit incidemment, en raison de ses douleurs locales ou de ses douleurs d'irradiation, a pu simuler une sciatique partielle ou fessière), les bourses malléolaires, la bourse qui sépare le brachial antérieur du biceps, etc.

Cet hygroma secondaire, à la façon de la ténosite secondaire, se présente sous deux formes : 1° une forme froide, aphlegmasique, exempte de tout symptôme de réaction locale ; — 2° une forme subaiguë, avec douleurs, empâtement, suffusion rosée des téguments, troubles fonctionnels corrélatifs. — Inutile de reproduire ici cette symptomatologie qui est exactement celle de la ténosite.

Existe-t-il, comme on l'a dit, une troisième forme qu'on pourrait qualifier du nom d'*hygroma sec*, se caractérisant simplement par une crépitation « de neige foulée » ? Cela reste à l'étude.

Dans les quelques cas d'hygroma secondaire qui ont été bien observés, la résolution s'est toujours produite d'une façon rapide (quelques semaines en moyenne), sous l'influence du traitement spécifique, aidé ou non de quelques applications locales.

IV. — MUSCLES

On croit assez généralement que les *muscles* ne sont affectés par la syphilis qu'à une époque avancée de la diathèse, notamment à la période tertiaire. C'est là un préjugé contre lequel je ne saurais réagir assez vivement. Les muscles, tout au contraire, sont fréquemment éprouvés par la syphilis secondaire, et cela de diverses façons.

On peut ranger sous les six chefs suivants les déterminations morbides qui se produisent sur les muscles au cours de la période secondaire :

1° Douleurs musculaires ou *myosalgies* ;
2° *Contracture* musculaire;
3° *Myosite.*
4° Affaiblissement, *débilité* musculaire ;
5° Amaigrissement musculaire, *amyotrophie* ;
6° *Tremblement.*

Quelques-uns de ces troubles fonctionnels ont déjà trouvé ou trouveront place dans divers chapitres de cet ouvrage. D'autres doivent nous occuper ici.

I. — **Myosalgies.** — Les myosalgies syphilitiques consistent en de simples *douleurs* musculaires, ayant ou paraissant bien avoir leur siège dans le tissu, dans le parenchyme même des muscles de la vie de relation.

La douleur est l'*unique* phénomène qui les caractérise. Et, en effet, l'examen clinique le plus minutieux ne révèle aucune altération du muscle endolori, à savoir : ni tuméfaction, ni atrophie, ni rénitence morbide, ni induration circonscrite, ni lésion d'aucun genre. A la douleur, il est vrai, s'ajoute bien un certain degré d'impuissance musculaire, mais ce dernier trouble n'est lui-même qu'un effet, une conséquence de la douleur. Si les mouvements sont empêchés, ils ne le sont qu'en raison de la souffrance seulement ; car, le malade consent-il à surmonter cette souffrance, le mouvement s'exécute ; la motilité proprement dite n'est donc pas atteinte.

Les douleurs de la syphilis musculaire occupent le corps même du muscle, sa portion charnue. Il est rare qu'elles affectent un muscle tout entier; presque toujours elles sont circonscrites (du moins autant qu'on en peut juger) à une portion de son trajet, sur une hauteur de quelques centimètres environ.

Ces douleurs se produisent surtout dans les mouvements. Mais, au repos même, elles se font encore sentir de temps à autre, soit qu'elles résultent de contractions musculaires inconscientes ou de changements d'attitude assez légers pour être inappréciables, soit qu'elles dérivent de toute autre cause inconnue. — Quelquefois, mais non

pas toujours, elles sont exaspérées par la pression ou même par le simple palper; ce qui permet au médecin d'en limiter exactement le siège et l'étendue. — Au repos, elles ont le caractère sourd et contusif; dans les mouvements, elles deviennent aiguës et tout à fait pénibles. — Enfin, dernier détail, elles subissent assez souvent de l'influence *nocturne* une exacerbation marquée. — D'autres fois encore, elles sont plus vives le matin, au réveil, alors que le muscle ne s'est pas exercé depuis longtemps.

Localisations. — Les myosalgies secondaires ont de véritables sièges de prédilection.

Citons comme tels :

1° Les masses musculaires des *cuisses* et des *jambes*. — Rien de plus fréquent que d'entendre nos malades accuser des douleurs plus ou moins vives dans les membres inférieurs, douleurs que l'exploration permet de localiser soit dans le triceps fémoral, soit plus souvent dans les muscles du mollet. Si peu qu'elles atteignent une certaine acuité, ces douleurs forcent à garder le lit; car, presque également accrues par la marche et la station, elles ne sont soulagées que par le décubitus.

Elles ont souvent le caractère *contusif*, à en juger du moins d'après le dire des malades, qui ne cessent de répéter : « C'est comme si j'avais reçu une volée de coups de bâton dans les jambes ».

2° Les muscles de l'*épaule*. — De là ce symptôme également commun, qui consiste en un endolorissement de l'épaule, en une gêne plus ou moins pénible pour mouvoir et surtout pour élever les bras. Essayez dans ces conditions de presser le deltoïde entre vos doigts, et vous déterminerez aussitôt dans le corps même de ce muscle une assez vive souffrance.

3° Les muscles des *avant-bras* (les fléchisseurs spécialement). — De là un certain embarras dans les mouvements de flexion des doigts, de là l'inhabileté, la maladresse de la main, l'impossibilité de serrer, de presser. Certaines de nos malades, en raison de ces douleurs spéciales, doivent renoncer à coudre, parce que le maniement de l'aiguille éveille dans les masses musculaires de l'avant-bras une véritable fatigue, un « agacement, un énervement intolérable ».

4° La portion cervicale du trapèze. — D'où la difficulté de certains mouvements de la tête et une variété particulière de *torticolis*.

5° Les masses lombaires (*lumbago syphilitique*), etc.

Tantôt on n'observe qu'une seule de ces localisations douloureuses, et tantôt on en rencontre plusieurs en coïncidence. Il n'est même pas rare, chez la femme spécialement, qu'elles soient multiples à un haut degré. Ainsi, j'avais dans mes salles, il y a quelques mois, une malade qui souffrait à la fois de myosalgies intenses occupant les masses musculaires des cuisses et des lombes, les mollets, les deltoïdes, les muscles de l'avant-bras, du dos et de la nuque. J'ai même

vu plusieurs fois une sorte de courbature douloureuse envahir presque tout le système musculaire et tenir les malades alités pendant quelques semaines.

Très souvent, d'ailleurs, il s'adjoint à ces douleurs musculaires d'autres douleurs ayant leur origine dans les articulations, les tendons et le périoste. Ce sont là, en effet, tous phénomènes de même ordre, qui appartiennent au même stade de la diathèse et qui, pour cette double raison, s'observent fréquemment associés.

Formes. — Durée. — Traitement. — Les myosalgies secondaires sont variables comme intensité de douleur. Parfois, mais rarement, elles acquièrent l'acuité du rhumatisme musculaire le plus intense. Bien plus souvent elles ne consistent qu'en un *endolorissement* sourd du muscle, en une sorte de malaise, de *courbature*, peu sensible au repos, mais rendue très pénible par le mouvement.

Elles ne sont pas moins variables comme évolution et comme durée. Tantôt elles ne persistent pas au delà de quelques jours; tantôt elles demandent plusieurs semaines pour disparaître. Enfin, elles sont à la fois sujettes à recrudescences et à récidives.

On en fait justice assez facilement, et cela à l'aide du traitement interne, aidé de quelques applications locales (liniments narcotiques, chloroforme, sinapismes, badigeonnages à la teinture d'iode, au besoin même petits vésicatoires volants). — Les bains de vapeur généraux (alors qu'ils ne sont pas contre-indiqués par d'autres raisons) ou, préférablement, les bains de vapeur locaux sont encore d'un utile emploi pour soulager ce genre de douleurs.

II. — **Contracture musculaire. — Contracture secondaire du biceps brachial.** — On a cité quelques cas de « contracture » survenue sur divers muscles (fléchisseurs des doigts, muscles des mollets, biceps crural, fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, masséter, etc.), au cours de la période secondaire. Mais ce ne sont là que des faits très exceptionnels, sur lesquels d'ailleurs un supplément d'enquête est encore nécessaire. Je n'en parlerai pas. — En revanche et de la façon la plus authentique, il est un muscle qui semble presque avoir le monopole des phénomènes de ce genre. C'est le *biceps brachial*.

Et, en effet, on assiste parfois (le fait est assez rare cependant), au cours de la période secondaire, à la très étrange scène que voici, laquelle se présente invariablement avec la même physionomie comme ensemble et même comme détails. C'est un malade qui, du jour au lendemain, se trouve pris d'une contracture ou d'une sorte de contracture du biceps. Il se présente avec l'*avant-bras fléchi sur le bras et immobilisé, comme ankylosé dans cette attitude.* Il ne peut étendre le membre affecté. L'essaie-t-il qu'il en est empêché par une douleur vive, et il n'y parvient même pas en s'efforçant de dominer cette douleur. Le médecin vient-il alors à tenter l'extension

forcée, il ne réussit qu'à provoquer une angoisse des plus pénibles, et il éprouve la sensation d'une résistance toute particulière, d'une sorte de *rigidité* du bras, laquelle maintient obstinément le membre dans la flexion. Bref, le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est devenu impossible, voire au prix de la douleur, et l'avant-bras est fixé d'une façon permanente dans la flexion.

Tel est le fait dans ses grandes lignes. Au détail, on perçoit encore ceci : que le tendon du biceps se présente tendu comme une corde, rigide et saillant au-dessous de la peau, ce qui n'est pas sans contraster avec l'inertie apparente du muscle; — que le biceps ne semble pas contracturé; moins flasque qu'un muscle au repos, il n'offre pas cependant la dureté d'un muscle qui se contracte (Mauriac); — que la flexion de l'avant-bras ne dépasse pas en général l'angle obtus (il est bien plus rare qu'elle atteigne l'angle droit ou l'angle aigu); — que parfois cette flexion ne peut être rendue complète sans éveiller une douleur qui porte sur l'olécrane et la partie la plus inférieure du triceps brachial (Mauriac); — qu'à part ces troubles de l'extension et de la flexion tous les autres mouvements du membre ont conservé leur liberté; — qu'à l'état d'immobilité la douleur est nulle, à cela près de quelques légers élancements ou de crampes sourdes dans le corps du muscle; mais qu'elle apparaît tout aussitôt et avec une angoisse réelle dès qu'on veut pratiquer l'extension forcée, et qu'alors elle a pour siège le pli du coude, sur le trajet du tendon et plus près de l'insertion des fibres musculaires que du radius, etc. — Finalement, l'examen le plus minutieux révèle l'intégrité absolue de tous les systèmes organiques ambiants (peau, tissu cellulaire, os, articulations, nerfs, tendons, etc.).

Est-il quelque raison qui semble présider au développement de ce singulier trouble fonctionnel? Aucune. L'analyse étiologique la plus minutieuse ne découvre rien. D'une part, nulle cause occasionnelle, provenant d'un effort, d'une distension musculaire, d'un surmenage, d'un refroidissement, etc. D'autre part, nulle cause prédisposante, telle que diathèse rhumatismale ou goutteuse. Seule, la syphilis reste responsable de ce trouble musculaire, comme le poison saturnin d'une paralysie saturnine. Et, en effet, c'est là tellement un accident d'ordre syphilitique qu'il n'a jamais été réalisé — à ma connaissance tout au moins — par aucune maladie autre que la syphilis. Cette contracture bicipitale, dans la forme que je viens de décrire, peut donc être dite par excellence un *accident de syphilis*. Au point que, par elle seule, elle dénoncerait, elle attesterait la syphilis, en l'absence de tout commémoratif ou de toute autre manifestation d'ordre spécifique.

J'ajouterai encore : cette contracture bicipitale est presque exclusivement une manifestation *secondaire*. On l'observe généralement

du deuxième au quinzième mois de l'infection. Il est absolument rare qu'elle se produise à une époque plus tardive.

Elle se manifeste avec toutes les formes de syphilis, mais bien plus souvent avec les formes légères ou moyennes qu'avec les formes graves. — Elle se rencontre surtout avec les syphilis fécondes en accidents vers le système locomoteur (arthralgies, arthropathies, synovites, ostéalgies, etc.) ou bien en coïncidence avec ces troubles nerveux superficiels qui composent ce qu'on appelle le nervosisme secondaire.

Évolution. — Terminaison. — Durée. — Le propre de l'affection est de débuter sourdement, insidieusement, à l'insu du malade, qui, à un moment donné, se trouve stupéfait de ne plus pouvoir étendre son avant-bras. — Une fois établie, elle reste longtemps stationnaire, sans modifications. — On peut la dire de teneur continue, à cela près de quelques oscillations insignifiantes. — Puis, elle finit par décliner, mais lentement, insensiblement.

Toujours elle guérit. Et toujours elle guérit intégralement, sans laisser vestige de son passage sur le muscle affecté.

Dans l'énorme majorité des cas, elle est et reste unilatérale. — On l'a vue cependant, par exception, envahir les deux bras, mais toujours d'une façon successive.

Variable suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement, sa durée est presque toujours notablement longue. Sauf pour certains cas bénins, elle n'est guère inférieure à deux, trois ou cinq mois. Je crois apocryphes les cas où elle se serait prolongée, comme on l'a dit, plusieurs années.

Pathogénie. — Toutes les théories imaginables ont été produites à son sujet. On a voulu faire de cette myopathie bicipitale un phénomène réflexe d'une arthropathie, d'une ténosite, d'une périostite locale. Mais toutes ces interprétations pèchent par la base, en l'absence de toute lésion appréciable vers l'article, les tendons et les os. — On a émis les diverses hypothèses d'une névrite, d'une irritation des cellules motrices de la moelle, d'une lésion localisée du système nerveux central, etc. ; mais l'ébauche même d'une démonstration fait défaut à toutes ces théories. — S'agirait-il d'une myosalgie simple ? Mais une myosalgie implique un état douloureux du muscle qui manque en l'espèce. D'autre part, si intense soit-elle, une myosalgie permet aux mouvements de s'exécuter alors que le malade consent à dominer sa douleur. — Et ainsi de suite pour d'autres explications que je passerai sous silence.

Un seul fait reste certain, indiscutable ; c'est que *le muscle est malade* et malade pour son compte, si je puis ainsi parler. Cela ressort de considérations diverses. D'abord, il est le siège d'élancements, de crampes ; et, si faiblement accentués que soient ces phénomènes douloureux, ils n'en ont pas moins une signification

réelle. — Puis, comme l'a établi M. Mauriac, il ne répond pas au pincement, à la façon d'un muscle sain, par la formation soudaine de ce qu'on appelle le bourrelet contractile. — De même encore « il répond mal à l'électricité et ne perçoit que faiblement la sensation que provoque dans les muscles sains le passage du courant galvanique ». Donc, d'une façon ou d'une autre, il est malade, bien certainement.

Mais de quelle façon est-il malade? Serait-ce, comme on l'a dit, par le fait d'une *myosite*? L'absence de douleur à la pression et l'absence de dureté, d'infiltration locale, sont des phénomènes peu favorables à cette interprétation. Il est vrai qu'on *suppose* ici l'existence d'une myosite spéciale, ne portant que sur quelques fibres du muscle et non sur toute sa masse, d'une myosite de « modalité hyperémique ou sub-inflammatoire », ne s'élevant pas jusqu'au degré de l'infiltration plastique. Soit! Mais, avec cela, nous voici ramenés au champ des hypothèses.

Somme toute, le voile n'est pas encore levé sur la pathogénie de cette myopathie bicipitale. Il l'est encore moins sur la raison qui localise dans le biceps une affection de ce genre. En vertu de quelle affinité ce muscle est-il, à l'exclusion de tous ses congénères, le siège de la contracture ou pseudo-contracture bizarre que je viens de décrire? Cela reste à l'état d'énigme.

Traitement. — Il n'est pas douteux que le traitement spécifique exerce une action curative sur le symptôme en question; mais il est non moins certain que cette action ne se traduit en général que d'une façon assez lente, plus lente qu'à l'égard de la plupart des autres manifestations secondaires. Nouvelle bizarrerie, que je ne me charge pas d'expliquer.

C'est la médication mixte qui, de par expérience, se trouve indiquée en l'espèce. — L'iodure y tiendrait une place prépondérante, au dire de certains auteurs. — Quels résultats fournirait le traitement par injections mercurielles? Cela reste à expérimenter.

On a tenté d'agir sur la contracture par des moyens externes, à savoir : soit par des révulsifs cutanés (vésicatoires, ventouses, sinapismes), soit par des onctions calmantes (belladone, opium, chloroforme, etc.), soit par des frictions, des malaxations, des douches de vapeur, des pulvérisations d'éther, soit enfin par l'électricité. L'utilité de ces diverses pratiques a toujours paru bien restreinte.

III. — **Myosite.** — La *myosite* vraie, caractérisée par une tuméfaction du corps musculaire avec suffusion plastique, rénitence au toucher, douleur à la pression, douleur provoquée par les mouvements, impotence fonctionnelle, etc., est une manifestation plus que rare, tout à fait exceptionnelle, au cours de la période secondaire. On en connaît à peine quelques cas, dont un des plus complets a été relaté

par M. Mauriac. Ce cas est relatif à une jeune femme qui, syphilitique depuis huit à dix mois, fut affectée, coïncidemment avec une roséole et une poussée de plaques muqueuses, d'une myosite incontestablement spécifique, occupant la masse musculaire des fléchisseurs superficiels des doigts. L'affection se traduisait par les symptômes suivants : tuméfaction diffuse de l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet; — légère teinte rosée de la peau à ce niveau, mais sans empâtement du tissu cellulaire; — consistance dure et élastique, sans trace de nodosité ; — douleurs sourdes, profondes, spontanées ou provoquées par les mouvements; — demi-flexion des doigts dans la paume de la main, et impossibilité de les redresser; — intégrité absolue des gaines tendineuses, etc. — Cette myosite guérit rapidement et sans laisser de traces sous l'influence du traitement spécifique.

IV. — **Affaiblissement, débilité musculaire.** — Il est très fréquent, dans la période secondaire de la syphilis et surtout dans les premiers temps de cette période, que la force musculaire soit affectée et diminuée d'une façon plus ou moins notable. Les malades ont conscience de ce phénomène. Ils se plaignent de perdre leurs forces, ils disent « ne plus se sentir les mêmes » au point de vue de la vigueur; ils ne supportent plus aussi facilement la marche, l'exercice, la fatigue; ils ne sont plus capables du même rendement de travail qu'autrefois.

« Lorsqu'elle est très accentuée, disais-je dans une de mes leçons cliniques où j'ai longuement étudié ce sujet, la diminution de force est aisément appréciable pour le médecin. Dans ces conditions, faites-vous simplement serrer la main par le malade, en le priant d'y déployer toute sa vigueur, et cela seul suffira pour vous rendre compte que la pression exercée n'est pas en rapport avec la taille, la musculature, l'habitus général de l'individu.

Mais ce n'est là, certes, qu'un procédé plus qu'élémentaire pour apprécier la déperdition des forces. Si vous voulez avoir une détermination exacte du phénomène, il vous faut recourir à une autre méthode — celle-ci mathématique et sûre — qui vous est offerte par le *dynamomètre*. Mesurez avec cet instrument la force musculaire à diverses périodes de la maladie, et vous pourrez de la sorte apprécier avec précision l'influence exercée sur les muscles par la diathèse.

Par un exemple je vais immédiatement fixer vos idées sur ce point.

Une femme entre dans nos salles pour divers accidents d'une syphilis secondaire de fraîche date. Cette femme est jeune, grande, bien musclée, de constitution assez robuste. Elle raconte cependant que depuis quelques semaines elle se sent très affaiblie et « toujours

courbaturée, même sans avoir rien fait ». Nous examinons le degré de force musculaire au dynamomètre. L'instrument marque 31 kilogrammes.

Dans la quinzaine qui suit, la malade est prise d'accidents nouveaux : céphalée vespérine, arthralgies, périostites circonscrites, accès de fièvre nocturne, etc. — La force musculaire baisse successivement à 29, 27 et 26 kilogrammes.

En dépit du traitement les accidents persistent ou ne disparaissent que pour faire place à d'autres : douleurs multiples, syphilides rebelles, phénomènes nerveux des plus variés, névralgies, analgésie, refroidissement des extrémités ; accès de fièvre nocturne, erratiques, de type très irrégulier; inappétence, courbature ; affaiblissement allant jusqu'à l'asthénie. — La force musculaire ne cesse de décroître, et le dynamomètre arrive à ne plus marquer que 23, 22, 20 et 19.

Le traitement est poussé avec vigueur et détermine même une stomatite, que nous nous empressons d'enrayer le plus hâtivement possible. Les accidents s'apaisent, la fièvre disparaît, les syphilides s'effacent. Tout aussitôt la force musculaire se relève à 24, 25, 28 et 30.

Huit jours plus tard, la malade se trouve dans un état presque satisfaisant, tout en restant analgésique et sujette à divers troubles nerveux. — La force musculaire subit une ascension continue (35, 36 et 38).

Le traitement est repris. L'état général s'améliore de jour en jour. Les accidents diathésiques disparaissent complètement. — Un mois plus tard, la malade se trouve assez bien pour nous quitter. Le jour de son départ, elle marque au dynamomètre 42, chiffre qui doit être approximativement le taux normal de la force musculaire chez cette femme en état de santé.

Eh bien, reprenons actuellement les indications dynamométriques qui précèdent. Nous les voyons se diviser tout naturellement en deux séries, à savoir :

Une *série descendante*, dans laquelle la force musculaire décroît progressivement de 31 à 19.

Une *série ascendante*, dans laquelle la force musculaire se relève de 19 à 42.

Or, voyons parallèlement à quelle direction, à quel courant de l'évolution morbide, si je puis ainsi parler, correspond chacune de ces séries.

La série descendante répond d'une façon précise à la période pendant laquelle tous les accidents morbides s'accusent, s'accentuent et atteignent leur apogée de développement. C'est le stade d'augment de la maladie ; et, *à mesure que la maladie s'affirme de plus en plus, la force musculaire baisse proportionnellement.*

La série ascendante, au contraire, répond d'une façon non moins

exacte à la période pendant laquelle les accidents s'apaisent, s'atténuent, disparaissent. C'est le stade de décroissance morbide, de rémission, de retour à la santé; et, *à mesure que l'ensemble des symptômes morbides rétrocède, la force musculaire s'élève de plus en plus.*

Quoi de plus clair, quoi de plus net et de mieux fait pour démontrer l'influence exercée par la syphilis sur la force musculaire?

Sans doute, cette influence ne se traduit pas toujours par des chiffres aussi démonstratifs ; sans doute, je viens de choisir, je l'avoue, un cas type, un cas où l'écart est le plus marqué du taux normal au taux morbide de la force musculaire ; et il s'en faut, très heureusement, que la syphilis ait pour habitude de réagir à ce degré sur les muscles. N'importe. Ce que je veux établir, ce dont j'ai l'intention de vous convaincre, c'est qu'à des degrés variables la diathèse retentit sur les forces de l'individu. Or, ce fait, j'ai en mains de nombreuses observations pour le démontrer. Sur plusieurs centaines de malades, j'ai scrupuleusement interrogé avec le dynamomètre la force musculaire à diverses périodes de la diathèse, et je l'ai vue très fréquemment affectée d'une façon non douteuse. Je ne vous reproduirai pas le détail de ces expériences ; mais, si je vous fais grâce d'un long et fastidieux défilé de chiffres, laissez-moi du moins vous exposer les résultats généraux qui en dérivent.

Ces résultats, les voici en quelques mots :

I. Dans un assez grand nombre de cas, environ sur le tiers des malades (1), la force musculaire n'éprouve aucune atteinte bien appréciable du fait de la diathèse (je ne parle ici que de la période secondaire, la seule sur laquelle mes recherches aient porté en nombre suffisant pour me permettre de formuler des résultats précis).

II. Inversement, dans un nombre de cas plus considérable, sur les deux tiers des malades au moins, la force musculaire est affectée et diminuée à des degrés variables, degrés qu'on peut catégoriser de la façon suivante :

1° Déchet *léger*, oscillant entre 2 et 5 kilogrammes. — Ce premier degré, qui passe souvent inaperçu des malades, est excessivement commun.

2° Déchet *moyen*, de 6 à 10, 12, 15 kilogrammes. — Ici, la déperdition des forces ne saurait être méconnue. Elle s'accuse, elle se formule d'une façon manifeste. Les malades en ont pleine conscience ; ils se sentent et se disent affaiblis. — Ce second degré est encore assez fréquent, surtout chez la femme. Il coïncide généralement avec un état plus ou moins marqué d'anémie, de langueur, d'amai-

(1) Besoin est de préciser que les recherches dont je produis ici les résultats ont été faites à l'hôpital de Lourcine, c'est-à-dire sur des *femmes*, exclusivement. — Que donneraient comme résultats des recherches semblables faites sur l'homme? Cela reste à déterminer par une étude de même ordre.

grissement. Il constitue un des caractères de ce qu'on appelle vulgairement la chlorose syphilitique.

3° Déchet *intense*. Dans ce troisième degré, beaucoup plus rare, l'abaissement de la puissance musculaire est encore bien plus marqué. Il varie de 15 à 20, 22 et 25 kilogrammes (exemple la malade dont je viens de vous entretenir à l'instant, chez laquelle à un moment donné la force musculaire avait baissé de 22 kilogrammes). Il est comparable alors à ce qu'on observe soit dans la convalescence des états aigus graves, soit dans le cours des maladies chroniques ayant pour effet de débiliter profondément l'organisme.

Une déperdition aussi considérable de la puissance musculaire ne se produit que d'une façon peu commune. Je l'ai rencontrée presque exclusivement : 1° chez des femmes jeunes, excitables, nerveuses, dont l'économie est fortement ébranlée par la diathèse ; — 2° dans un ordre de cas que je vous ai souvent signalés, où la vérole retentit d'emblée sur les fonctions splanchniques, affecte d'emblée la forme viscérale et s'en prend de prime abord à la santé. C'est de la sorte que j'ai vu sur certaines de nos malades de cet hôpital, devenues *asthéniques* par le fait de la syphilis, le dynamomètre descendre jusqu'aux chiffres presque incroyables de 18, 16, 14, 10 kilogrammes ! Et notez qu'ici je ne vous parle même pas de la cachexie, où la force musculaire diminue à ce point qu'elle devient pour ainsi dire nulle.

Certes, c'est là un fait bien digne de remarque que cette atteinte portée par la syphilis secondaire à la puissance du muscle, et je m'étonne qu'un tel fait n'ait pas encore fixé comme il le mérite l'attention des observateurs. A défaut d'autres preuves (qui malheureusement, hélas ! ne sont que trop nombreuses), il suffirait à démontrer que la vérole n'a pas d'âge pour compromettre l'état général des sujets qu'elle affecte ; que, loin de se limiter tout d'abord, comme on le disait autrefois, aux tissus extérieurs et superficiels, elle étend dès l'origine son action sur tout l'être vivant ; que, même jeune, elle retentit sur les systèmes intérieurs et attaque les forces vives de l'organisme.

En tout cas, quel que soit le degré qu'il affecte, l'affaiblissement musculaire qui se produit à la période où nous étudions la diathèse n'est jamais — sauf exceptions très rares — que momentané, temporaire. Il dure un certain temps, plus ou moins suivant les cas, suivant des conditions multiples de constitution, d'hygiène, d'intensité de maladie, de traitement, etc. ; puis il fait place au retour de l'état normal. C'est affaire en général de quelques mois pour que l'organisme réagisse, se remette de la secousse qu'il a subie, et revienne à sa vigueur première. Cette restauration des forces a donc pour habitude d'être à la fois *rapide* et *intégrale*. Quelquefois

cependant elle procède avec lenteur et exige une année, plusieurs années, pour s'accomplir. Elle peut même rester incomplète, et cela d'une façon définitive. C'est ainsi qu'en pratique vous entendrez certains malades se plaindre d'avoir été longtemps, très longtemps affaiblis par le fait de la vérole. Vous en entendrez même quelques-uns vous dire qu'ils « ne se sont jamais remis de leur vérole », qu'ils ne sont jamais « redevenus ce qu'ils étaient autrefois », que cette maladie « les a vieillis de dix ans au point de vue de la vigueur, etc. ». Je me rappelle à ce propos le fait d'un lutteur forain, homme doué d'une force véritablement herculéenne, lequel, à la suite d'une syphilis grave de forme asthénique, a dû renoncer pour toujours à sa profession. De même un de mes anciens clients, qui fut affligé, il y a dix ans, d'une syphilis assez sérieuse, me disait récemment : « C'est égal, docteur, si vous m'avez guéri de ma vérole, vous ne m'avez pas rendu *mes muscles* d'autrefois. Cette maladie-là m'a transformé ; je ne connaissais pas la fatigue auparavant ; à dater du jour où j'ai pris la vérole, je n'ai plus été le même homme ; mes forces ont baissé et jamais elles ne sont redevenues ce qu'elles étaient jadis. »

A quoi rattacher cette débilitation musculaire? Est-elle un effet direct de la diathèse sur le système musculaire? N'est-elle au contraire que médiate, en dérivant d'un trouble protopathique du système nerveux? Ne serait-elle pas plutôt le résultat d'ensemble d'une influence infectieuse sur tout l'être vivant? J'inclinerais volontiers vers cette dernière interprétation, tout en me gardant de vouloir rien affirmer à ce sujet.

V. — **Amaigrissement musculaire, amyotrophie.** — Il n'est pas rare — mais seulement dans les formes sérieuses de la syphilis et, plus spécialement, dans ses formes dites dénutritives, consomptives, — que le système musculaire soit affecté dans sa substance. Il *maigrit* alors ; il maigrit comme à la suite d'une affection aiguë, comme dans le cours d'une maladie chronique. Et cet amaigrissement, cela va sans dire, entraîne toujours à sa suite comme conséquence nécessaire un degré proportionnel d'affaiblissement. Le muscle peut bien être affaibli sans maigrir (au moins visiblement) ; mais, bien entendu, il ne saurait maigrir sans perdre une partie de sa puissance.

L'amaigrissement musculaire d'origine syphilitique se rencontre chez la femme bien plus fréquemment que chez l'homme. On l'observe surtout chez les sujets jeunes, délicats, lymphatiques, nerveux, dont la constitution est vivement impressionnée par la diathèse, et plus spécialement encore dans les cas où la maladie, affectant dès la période secondaire ce que j'appelle la forme viscérale, exerce sur l'économie une double influence dépressive et dénutritive.

Il est hors de doute que, dans ces conditions, le système musculaire participe souvent à la dénutrition générale.

Le phénomène est très simple en soi. Cliniquement, il ne s'accuse que par ceci : diminution de volume de la masse musculaire, et diminution corrélative des forces. Toujours il coïncide avec un amaigrissement bien plus appréciable du tissu cellulo-adipeux.

Il comporte différents degrés. Léger, il passe inaperçu. — Plus accentué, il ne manque pas d'éveiller l'attention des malades, qui se plaignent au médecin de « maigrir et de perdre leurs forces ». Si l'on a affaire à un sujet inconnu, il n'est pas possible de se rendre un compte exact de l'amaigrissement subi par le système musculaire; mais, sur un sujet connu, dont on a eu l'occasion de constater la musculature à l'état de santé, il est facile d'apprécier comparativement le déchet subi par les muscles. On constate alors que les chairs sont devenues plus molles, plus flasques, que certains reliefs se sont effacés ou amoindris, etc. Ces différences sont surtout notables au niveau des grosses masses musculaires, aux mollets, à l'épaule, à la cuisse, au bras, à l'avant-bras. — A un degré supérieur, le phénomène devient bien plus frappant et saute aux yeux, si je puis ainsi dire. J'ai longtemps donné mes soins en ville à une jeune femme qui, grasse et bien musclée avant de contracter la syphilis, avait prodigieusement maigri sous l'influence de la diathèse, et cela en dépit d'une hygiène des plus confortables, en dépit de toutes les médications toniques. Elle avait maigri à ce point qu'elle « n'osait plus se décolleter » et se privait d'aller au bal. Certes, une fièvre typhoïde ou la première période d'une phthisie pulmonaire ne l'eût pas étiolée davantage.

Enfin, à un degré extrême, ce n'est plus seulement de l'amaigrissement qu'on observe, c'est de l'émaciation, c'est du marasme, c'est une véritable *phthisie musculaire*. Dans la cachexie syphilitique, les membres et le tronc se présentent absolument *décharnés*. Les muscles sont grêles, petits, sans relief, et l'autopsie montre qu'en effet ils ont subi une atrophie réelle, considérable.

VI. — **Tremblement musculaire**. — En dernier lieu se présente un phénomène des plus intéressants — et encore très peu connu — que détermine parfois l'action de la syphilis sur le système musculaire : c'est le tremblement.

Ce phénomène, je ne ferai pour l'instant que le signaler à sa place. Comme il dérive, suivant toute vraisemblance, d'une influence nerveuse, j'en réserve la description pour un chapitre ultérieur, relatif aux troubles nerveux de la période secondaire.

Troubles associés du système locomoteur. — Pseudo-

rhumatisme syphilitique. — Si les diverses manifestations qui intéressent le système locomoteur peuvent se produire isolément, telles que je viens de les décrire, elles ne sont pas moins susceptibles de s'associer, de se combiner, voire (mais cela est bien plus rare) de se réunir presque au grand complet sur le même malade. Rien de plus commun, par exemple, que d'observer en coïncidence des périostites et des douleurs musculaires, des douleurs musculaires et des lésions tendineuses, des lésions tendineuses et des lésions du périoste, des arthropathies et des ténosites, etc. Or, de telles combinaisons résulte parfois un ensemble morbide des plus intéressants, en ce qu'il prend exactement les allures, la physionomie du RHUMATISME.

Qu'on se représente, en effet, un malade affecté au même instant de plusieurs des symptômes qui précèdent. Le voilà, je suppose, souffrant d'une, de deux ou de trois articulations, qui offrent un certain degré de fluxion ou d'épanchement ; le voilà, de plus, souffrant de douleurs tendineuses, souffrant aussi de douleurs musculaires, etc. N'est-ce pas là l'aspect du rhumatisme vulgaire, avec ses localisations communes, avec sa physionomie habituelle ?

Mais ce n'est pas tout. Ce qui complète habituellement la symptomatologie du rhumatisme, c'est un cortège de différents phénomènes, tels que l'état fébrile, l'état sudoral, certains troubles généraux ou sympathiques, etc. Eh bien, tout cela, pour le dire à l'avance, peut se rencontrer également chez le syphilitique en coïncidence avec les diverses manifestations articulaires, musculaires, tendineuses, osseuses, que je viens d'étudier.

Ainsi, la *fièvre*, chez la femme spécialement, constitue un symptôme fréquent de syphilis secondaire. De même, les *sueurs*, ce phénomène si commun et si expressif du rhumatisme dans ses formes aiguës, se rencontrent aussi dans la syphilis. Pour les *troubles généraux*, enfin, n'est-il pas très habituel d'observer, dans les premiers temps de l'infection secondaire ou même à échéance plus éloignée, de l'inappétence avec état saburral de la langue, de la langueur digestive, de l'abattement, des phénomènes nerveux, tels qu'insomnie, céphalée, etc. ? — La syphilis ne produit-elle pas aussi de l'*anémie* et de la *pâleur*, à l'instar du rhumatisme ? — Or, que l'on suppose ces divers symptômes réunis et groupés autour de déterminations spécifiques articulaires, tendineuses, musculaires ou autres, est-ce qu'un tel ensemble ne reproduira pas d'une étrange façon la scène du rhumatisme vulgaire ? L'analogie, je dirai presque l'identité, ne sera-t-elle pas alors surprenante et de nature à égarer le diagnostic ? Aussi bien, en face de cas de cet ordre, le médecin le plus clairvoyant peut-il se laisser surprendre, *croire au rhumatisme* alors que la syphilis seule est en cause, et très légitimement diagnostiquer le rhumatisme de par les symptômes locaux, de par la fièvre, les sueurs, la pâleur, etc.,

de par l'allure générale et le détail intime de ce singulier état pathologique.

Or, l'association possible de tels phénomènes n'est pas une simple hypothèse faite à plaisir; elle se réalise parfois en pratique, c'est un fait. Et de là résulte chez nos malades un *ensemble pathologique* d'apparence des plus insidieuses, simulant ou pouvant simuler au plus haut degré le rhumatisme vulgaire.

J'ai donné depuis longtemps à cet ensemble morbide le nom de *pseudo-rhumatisme syphilitique*. Et ce n'est pas un soin superflu, je pense, que de solliciter par une désignation spéciale l'attention des cliniciens sur un groupe de phénomènes peu connus, merveilleusement combinés pour donner le change en pratique. Je n'en suis plus à compter les erreurs commises à ce propos.

Phénomènes douloureux de localisation indéterminable. — Je viens de passer en revue les affections secondaires du système locomoteur qui peuvent être étiquetées *comme siège* (qu'on me passe l'expression), c'est-à-dire rattachées à tel ou tel élément constitutif de ce système. Mais il s'en faut que toutes les déterminations morbides qui se produisent sur ce système soient toujours et sûrement localisables. Il en est quelques-unes que, même après examen minutieux, on ne sait à quoi rapporter, que l'on constate sans pouvoir dire ce qu'elles sont, et dont il est impossible au total de déterminer exactement le siège. Ces dernières, j'ai dû renoncer à les catégoriser dans tel ou tel des chapitres qui précèdent, mais je n'ai pas moins l'obligation de les signaler.

I. — Au nombre de ces symptômes à siège indéterminé je citerai en première ligne ce qu'on appelle la **courbature syphilitique**.

Chacun sait ce qu'on désigne ainsi. C'est un état bizarre de fatigue, de lassitude, de brisement de tout l'être, avec sensation intime d'endolorissement, de meurtrissure générale.

Cette courbature spéciale s'observe très communément chez la femme, surtout dans les premiers temps et au début même de la période secondaire, ou, plus rarement, en coïncidence avec les poussées ultérieures de la diathèse. Quantité de nos malades (femmes) se plaignent à nous journellement d'être comme accablées, d'être toujours lasses, brisées au moindre exercice, brisées même sans avoir rien fait, d'avoir « les chairs comme meurtries », d'avoir les membres endoloris « comme si elles avaient été rouées de coups, etc. » Et ce même symptôme n'est pas sans se présenter quelquefois chez l'homme.

Or, où localiser cette courbature, et quelle modalité intime lui supposer? De cela nous ne savons absolument rien, pas plus du

reste que nous ne savons où réside et en quoi consiste la courbature simple, vulgaire.

II. — Non moins indéterminées comme siège se présentent en second lieu nombre de **douleurs secondaires**, que nos malades nous accusent fréquemment en divers points du corps, dans les pieds, au thorax, à l'abdomen, etc. Bien souvent je me suis évertué à localiser telle ou telle de ces douleurs, en interrogeant d'une façon minutieuse les sensations des malades ; et bien souvent aussi, je dois le dire, je n'ai pas été assez habile pour en découvrir le siège précis, anatomique. En général, d'ailleurs, ces douleurs sont assez indécises pour que les malades eux-mêmes ne sachent guère où elles résident et ne puissent à ce propos renseigner le médecin que d'une façon très insuffisante.

« Deux exemples entre mille, disais-je dans une de mes leçons de Lourcine. Voici une malade affectée de toute une série d'accidents spécifiques secondaires, syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, céphalée, arthralgies, périostites tibiales, etc. Elle se plaint à nous depuis plusieurs jours de vives douleurs dans l'avant-bras et la main, douleurs s'exaspérant la nuit, se calmant dans la journée, mais laissant dans tout le membre une sorte de malaise tel que les fonctions de la main sont presque abolies. Cette femme essaie-t-elle de coudre qu'aussitôt « l'avant-bras et les doigts « deviennent le siège d'un agacement extraordinaire et d'une angoisse « des plus pénibles ». Or, où localiser de tels symptômes? L'exploration physique la plus minutieuse ne révèle aucune lésion; la pression sur les muscles, sur les os, sur les tendons, sur les jointures, ne provoque de souffrance spéciale en aucun point. Que peuvent être de telles douleurs? Je m'avoue incompétent à en déterminer l'origine.

« Autre cas analogue. — Cette seconde malade, également syphilitique et en pleine période secondaire, accuse dans les membres inférieurs « des douleurs vives, rendant la marche difficile et pénible, « redoublant d'acuité la nuit et empêchant tout sommeil ». Eh bien, où résident ces douleurs? D'abord, la malade n'en sait rien elle-même, comme elle le dit; elle ne peut assigner aucun foyer précis à ses souffrances. Puis, venez-vous à pratiquer un examen direct, vous ne constatez partout que des signes négatifs. Ce n'est pas évidemment une névralgie qui se trouve en cause. Serait-ce plutôt une périostite, une myosalgie, une ténosite, une arthralgie? Mais les articulations, les muscles, les tendons, les os, explorés avec un soin minutieux, restent partout indolents à la pression. Bref, une investigation des plus attentives ne nous apprend rien sur l'origine des douleurs en question, et force est bien, dans ce cas comme dans le précédent, de constater le phénomène *sans pouvoir en déterminer le siège.* »

III. — A cet ordre de manifestations à siège vague, indéterminé, appartiennent encore certains phénomènes bizarres qui sont d'observation assez fréquente. Tel est, pour n'en plus citer qu'un exemple, l'**engourdissement nocturne des membres** pendant le sommeil. Les femmes syphilitiques de nos salles nous racontent parfois ceci : lorsqu'elles se réveillent la nuit ou le matin, elles peuvent à peine remuer leurs membres, tant ils sont lourds ; leurs jambes, leurs bras leur semblent comme paralysés, comme « morts ». Le matin, elles ont les mains « gourdes », percluses ; elles ne peuvent serrer les objets, les tenir avec sûreté ; elles s'habillent maladroitement ; à plus forte raison seraient-elles incapables d'un travail exigeant une certaine dextérité, une certaine agilité des doigts. Puis, cet état singulier se dissipe peu à peu, à mesure que les membres s'exercent, et, au bout de quelques heures, « il n'y paraît plus ». Que sont de tels symptômes, que l'on observe assez souvent, je le répète, et dont la liaison avec la syphilis ne saurait rester douteuse ? Ont-ils leur siège dans les muscles, dans les tendons, dans le système nerveux affecté suivant un mode qui nous échappe ? Je l'ignore, et je me borne pour l'instant à enregistrer ces phénomènes, sans en connaître ni le siège ni la raison anatomique.

IV. — Et, pour continuer à parler de choses dont nous ignorons le pourquoi, qu'est-ce donc aussi que cet attribut singulier, propre à la plupart des douleurs précédentes, d'apparaître ou de s'exaspérer le soir ou la nuit, pour s'apaiser, soit relativement, soit absolument, pendant le jour ? Qu'est-ce donc, d'une façon générale, que ce **paroxysme vespérin** ou **nocturne** des douleurs syphilitiques ? J'accorde qu'on ait exagéré beaucoup le caractère nocturne de la vérole et que surtout on en ait surfait la valeur séméiologique. Car, d'une part, il n'est pas que la vérole qui subisse du fait de la nuit une influence exacerbante ; et, d'autre part, certaines douleurs syphilitiques sont aussi bien diurnes que nocturnes ; on en voit même parfois (exceptionnellement, je l'avoue) qui sont calmées par le sommeil et le repos de la nuit. Toujours est-il, et cela d'une façon non contestable, que, chez la plupart des malades, les douleurs syphilitiques apparaissent de préférence soit vers le soir, à cinq ou six heures de l'après-midi, à la tombée du jour, soit dans le cours de la nuit. Les nuits des syphilitiques sont parfois terribles, cela est de notion vulgaire, cela a été remarqué dès les premiers temps du Mal français.

Or, quelle raison donner à ce phénomène ? On a dit que cette apparition ou cette exaspération de la douleur pendant la nuit était affaire de calorique, et qu'on en trouvait l'explication toute naturelle dans la chaleur du lit. Cette interprétation est évidemment très défectueuse. Elle n'est applicable du reste qu'à l'ordre de cas où les malades souffrent au lit ; elle ne l'est pas aux cas tout aussi

nombreux dans lesquels la douleur commence à se manifester vers le soir, régulièrement, à heure fixe, et alors que les malades sont encore *levés*. Très certainement, donc, il est une autre influence qui préside aux paroxysmes vespérins ou nocturnes de la vérole et qui régit la périodicité presque fatale de quelques-unes de ses douleurs. Très certainement aussi cette influence est d'origine spécifique. Mais quelle est-elle, en somme? Nous ne pouvons qu'en constater les effets sans en pénétrer la nature, et mieux vaut avouer notre ignorance sur ce point que la dissimuler par des raisons insuffisantes.

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OEIL

La syphilis secondaire affecte fréquemment les différentes parties constitutives du système oculaire, ou plutôt, disons mieux, est susceptible de les affecter toutes, avec une fréquence d'ailleurs très inégale.

I. — D'abord, elle se porte très communément sur les PAUPIÈRES.

1. Le département cutané des paupières est le siège fréquent de syphilides de tout ordre, parmi lesquelles figure au premier rang la syphilide papulo-squameuse dans ses diverses variétés.

A tout instant on rencontre des malades qui présentent, au niveau de la paupière supérieure (bien plus fréquemment affectée que l'inférieure), des papules plates, orbiculaires, squameuses ou squamelleuses. — La seule particularité objective qu'offrent les lésions de ce siège, consiste parfois en une strie transverse ou légèrement curviligne que détermine sur l'aire de la papule le plissement normal des voiles palpébraux. Il est même possible que cette strie dégénère en un sillon sub-érosif.

Détail digne de mention : quelquefois la syphilide papuleuse s'étale *en nappe* sur les paupières, notamment sur le segment inférieur de la paupière supérieure, et cela du grand angle au petit angle de l'œil. Tout le segment palpébral infiltré de la sorte se présente alors avec une coloration d'un rouge sombre très accentué ; — il est notablement tuméfié ; — et surtout, il offre au toucher une résistance particulière, qui, doublée par l'induration propre du cartilage tarse, a plus d'une fois donné le change pour une infiltration maligne de la région. Aussi bien, cette **syphilide palpébrale en nappe**, pour qui ne l'a pas observée une ou quelques fois, est-elle matière à surprise et à erreurs diagnostiques dont je pourrais citer plusieurs exemples.

II. De même, sur le département muqueux des paupières, on observe fréquemment des syphilides muqueuses ou humides. Ces syphilides sont particulièrement communes au niveau des commissures palpébrales, où elles constituent des lésions bilabiées, « en feuillets de livre » ou mieux en Y, qui ont été décrites précédemment (V. p. 539).

II. — Conjonctive. — La conjonctive n'est intéressée par la syphilis secondaire que d'une façon exceptionnelle.

Je n'ai rencontré que trois fois, dans toute ma carrière, de véritables syphilides de la conjonctive bulbaire, sous forme de petites papules lenticulaires, arrondies de contour, rosées et dessinant un léger relief. Ces syphilides ont guéri très rapidement sous l'influence d'un attouchement au crayon de nitrate, suivi de quelques menus soins (ablutions, collyre, etc.).

Il est moins rare d'observer des syphilides érosives ou papulo-érosives sur la conjonctive palpébrale, aux environs du bord ciliaire. Parfois ces syphilides empiètent sur ce bord ciliaire et constituent là un liséré croûtelleux qui agglutine et raidit les cils.

Existe-t-il une véritable *conjonctivite secondaire*? Quelques cas ont été publiés sous ce titre (Goldzieher, Goldberg, etc.), et l'on a même décrit, d'après eux, deux prétendues formes de conjonctivite syphilitique, forme hyperémique et forme pseudo-granuleuse. Je n'ai jamais rien rencontré de semblable, pour ma part, et plusieurs ophthalmologistes des plus compétents, que j'ai consultés sur ce point, m'ont dit de même n'avoir rien observé qui réponde au type d'une conjonctivite essentielle de nature syphilitique (1).

On a parlé aussi d'une *dacryocystite secondaire*. M. le Dr Valude a produit, à ce sujet, le fait intéressant d'une malade qui, coïncidemment avec divers accidents de syphilis secondaire, présenta une dacryocys-

(1) V., à ce sujet, un intéressant travail de M. le Dr J. Narjoux, *De la syphilis secondaire de la conjonctive*, Thèse de Lyon, 1895.

Je dois dire cependant que, depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, j'ai rencontré un fait qui m'a paru favorable à l'existence d'une entité morbide méritant le nom de *Conjonctivite secondaire*.

Ce fait est relatif à une jeune femme qui, affectée de syphilis depuis trois ans et demi, fréquente habituellement la policlinique de Saint-Louis. A maintes reprises nous l'avons vue affectée de diverses manifestations spécifiques, notamment d'une glossite desquamative à retours incessants et d'une conjonctivite double que, tout d'abord, nous avons considérée comme d'ordre banal. Mais, dernièrement, cette femme étant revenue à la Clinique pour une nouvelle récidive de glossite et de conjonctivite, nous l'avons interrogée avec plus de soin relativement à ce dernier accident, et nous avons appris d'elle ceci : que, depuis trois ans, elle est devenue sujette, sans avoir rien éprouvé de semblable auparavant, à des « maux d'yeux » persistants, qu'on a toujours qualifiés du nom de « conjonctivite » ; — que ces maux d'yeux se sont presque toujours produits avec d'autres manifestations de syphilis; — et qu'enfin « de tous les remèdes qu'on lui a prescrits contre ces ophthalmies, c'est l'iodure de potassium qui lui réussit le mieux et toujours ». Examinée avec soin, cette ophthalmie consiste en une conjonctivite double, moyenne comme intensité, et ne se différenciant par aucun signe de la conjonctivite vulgaire. Il n'est pas à nier cependant que, dans le cas actuel, certaines raisons ne pourraient militer en faveur de la qualité spécifique de cette conjonctivite, à savoir : d'une part, l'absence absolue de toute cause autre que la syphilis pour expliquer cet accident ; — ses retours fréquents, depuis la contamination spécifique et en pleine période secondaire ; — et ses retours en coïncidence usuelle avec d'autres manifestations spécifiques.

Si quelques nouveaux cas analogues venaient à se présenter à mon observation, j'avoue que je serais fort enclin à regarder comme démontrée l'existence d'une conjonctivite spécifique secondaire, qu'il me paraît encore imprudent d'admettre, quant à présent tout au moins.

tite sub-aiguë et en guérit sous la seule influence du traitement antisyphilitique.

III. — Cornée. — La cornée n'est intéressée par la syphilis secondaire que d'une façon assez rare, et le plus souvent en coïncidence avec l'iris.

Ces kératites secondaires se présentent sous trois formes.

1° **Kératite ponctuée.** — Cette première forme (qui s'observe souvent en connexion avec l'iritis spécifique dont la description va bientôt suivre) se caractérise objectivement par une série de petites taches cornéales extrêmement fines, punctiformes, devenant quelquefois un peu plus grosses par coalescence, et d'aspect blanc grisâtre. Avec la loupe on reconnaît à l'éclairage oblique que ces taches sont situées sur la face postérieure de la cornée, au niveau de la membrane de Descemet; d'où le nom de *Descemétite*, sous lequel on les a quelquefois décrites.

Ces taches semblent consister en des précipitations cellulaires provenant de l'exsudat qui remplit la chambre antérieure et devenues adhérentes à la face postérieure de la cornée. Conséquemment, il ne s'agirait pas là d'une kératite vraie, mais d'un simple épiphénomène d'irido-cyclite.

Cependant Mauthner dit avoir observé une véritable kératite ponctuée consistant en des troubles de transparence qui se produisent, non plus à la surface, mais dans la trame même de la cornée. Alexander, paraît-il, aurait également constaté des taches analogues en coïncidence avec l'iritis. Serait-ce là une modalité anormale de la descemétite? Impossible encore de rien affirmer à ce sujet.

2° **Kératite interstitielle.** — Très commune dans la syphilis héréditaire, cette forme ne s'observe que d'une façon rare dans la syphilis acquise. Il y aurait exagération toutefois à la taxer d'exceptionnelle.

On l'a dite « notablement tardive ». C'est une erreur. Le plus souvent elle se produit au cours de la seconde année, plus rarement de la troisième.

A cela près de quelques particularités de second rang, elle reproduit exactement le tableau de la kératite interstitielle de provenance hérédo-syphilitique. Ce tableau devant trouver place dans une autre partie de cet ouvrage, je ne ferai qu'en résumer ici les traits principaux.

Première période. — Début toujours insidieux, sans douleurs et sans réaction, notamment sans injection de la conjonctive. — Premier symptôme consistant en un certain trouble de la vision, que les malades qualifient du nom de « brouillard devant les yeux ». — Puis, apparition, soit au centre, soit à la périphérie de la cornée, de

petits *points grisâtres*, ténus, occupant l'épaisseur même de la cornée où ils figurent un semis de verre pilé. — Multiplication et élargissement de ces points, qui deviennent de petites taches, en conservant toujours leur ton grisâtre. — Entre ces taches, cornée perdant quelque peu de sa transparence, devenant nébuleuse, et rappelant l'aspect d'un verre à vitre sur lequel on a soufflé. — A ce moment, début de *vascularisation* de la cornée ; développement de vaisseaux superficiels et surtout de vaisseaux *profonds* intra-cornéens, lesquels pénètrent entre les lames de la membrane et se ramifient en pinceaux.

Seconde période (période dite d'apogée ou d'*opacification inflammatoire*). — Beaucoup plus longue que la précédente et constituée par un double processus, à savoir :

1° Opacification cornéale se complétant, au point que la pupille et l'iris ne se distinguent plus que confusément, ou même ne se distinguent plus du tout.

2° Vascularisation se multipliant et envahissant le parenchyme cornéen.

De là double conséquence :

1° Objectivement, modification absolue de la cornée qui, suivant l'abondance de la vascularisation, prend tel ou tel des trois aspects suivants :

Dans un premier degré, correspondant à une vascularisation moyenne, apparence rosée, dite teinte *saumon*.

Dans un second degré, répondant à une vascularisation intense, aspect rougeâtre ou rouge (cornée *cerise*).

Enfin, dans un troisième, vascularisation tellement confluente qu'elle simule une *tache de sang*. On croirait, au premier abord, avoir affaire à un épanchement sanguin interlamellaire ; l'examen à la loupe permet seul de dissocier cette apparence de tache et d'y reconnaître un lacis de capillaires dense et serré.

2° Comme seconde conséquence, troubles fonctionnels importants, naturellement variables suivant le degré d'altération survenue dans la transparence de la cornée, c'est-à-dire : simple obscurcissement de la vue quand la cornée n'est que modérément affectée ; — mais *cécité* véritable, quand la vascularisation est intense et l'opacité absolue.

A cela se joignent des phénomènes de réaction locale : photophobie, blépharospasme, épiphora, douleur oculaire avec irradiations, etc. — Ces derniers symptômes n'atteignent guère qu'une intensité au plus moyenne, inférieure à celle qu'ils affectent dans nombre d'autres kératites. Ils sont d'ailleurs très variables suivant les formes de la maladie. — D'après le Dr Trousseau, l'acuité de ces phénomènes réactionnels serait notablement moindre dans la kératite par syphilis acquise que dans la kératite par hérédo-syphilis.

Troisième période ou *période de régression*. — Très longue également. — Constituée encore par deux processus : processus régressif

de la vascularisation, qui peut disparaître d'une façon intégrale ou incomplète; — et résorption ou organisation définitive des infiltrats cornéens.

De ce dernier phénomène dépend le sort ultime de la maladie. Si la résorption des opacités cornéales se fait d'une façon complète, la cornée reprend sa transparence normale (*Restitutio ad integrum*). — Si elle ne se produit que d'une façon incomplète, la cornée reste définitivement nuageuse (*néphélion*) ou même opaque à divers degrés (*albugo*, *leucome*), et cela soit dans une grande partie de son étendue, soit dans un segment isolé.

Évolution, durée. — Affection très généralement mono-oculaire à son début, mais présentant une tendance marquée à devenir bilatérale.

Évolution lente.

Durée ne s'abaissant jamais au-dessous de six semaines à deux mois; — plus habituellement se prolongeant trois et quatre mois. — Encore faut-il souvent plusieurs mois en plus pour obtenir un éclaircissement complet de la cornée.

Variétés. — Nombreuses. — A ne citer que les principales :

1° *Variétés de degré*, comme intensité de symptômes. — Il y a des cas légers, se bornant à quelques taches centrales ou périphériques de la cornée, et guérissant d'une façon rapide. — Inversement, il est des cas très graves, laissant presque toujours, quoi qu'on fasse, des taches blanches et indélébiles.

2° *Variétés de forme.* — Forme aiguë ou subaiguë, à symptômes réactionnels très accentués, — et forme torpide, où les lésions cornéales se constituent pour ainsi dire à froid, avec un processus congestif tout à fait minime.

3° *Variétés à complications surajoutées.* — Très communément, complication d'iritis sous une forme légère, simplement hyperémique ; quelquefois, iritis véritable. — Complication possible de choroïdite.

Pronostic. — Toujours sérieux, en raison des reliquats possibles de l'affection qui compromettent la vision à des degrés variables ; — mais relativement favorable, en raison de l'action thérapeutique puissante qu'exerce sur l'affection le traitement spécifique.

Rechutes assez fréquentes.

Récidives rares.

Traitement. — Nécessité d'une intervention à la fois *énergique* et *prolongée* par les agents spécifiques. — Le mercure est ici le remède de choix, et son action résolutive est bien supérieure à celle de l'iodure. — Au début, indication de « faire feu de toutes pièces », c'est-à-dire de recourir au traitement mixte, en vue d'enrayer le plus tôt possible l'évolution morbide. — Plus tard, alterner le mercure et l'iodure. — On ne saurait dire encore si la méthode des injections

de calomel exerce sur cette variété de kératite l'action intensive qui lui est propre en d'autres cas.

Traitement local : Tenir l'œil à l'abri de toute excitation. — Recourir à l'atropine en vue de modérer l'éréthisme local et de prévenir ou de combattre l'iritis. — Chaleur humide, sous forme de douches de vapeur (appareil de Lourenço) et de fomentations chaudes, prolongées de vingt à vingt-cinq minutes et répétées plusieurs fois par jour (1).

3° Enfin, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, on a vu, sur des malades en pleine évolution secondaire, de minimes *papules*, de caractère presque incontestablement syphilitique, se constituer à la circonférence de la cornée.

IV. — Iris. — **IRITIS SECONDAIRE.** — Pour être la plus commune des ophthalmies secondaires, l'iritis n'est cependant qu'une manifestation peu fréquente de syphilis. Il n'est, par exemple, au point de vue de la fréquence, aucune assimilation à établir entre elle et les syphilides, les plaques muqueuses, les adénopathies, etc. Ces derniers symptômes figurent presque obligatoirement dans le cortège de la syphilis secondaire ; l'iritis, au contraire, n'y prend place que d'une façon relativement rare, c'est-à-dire (très approximativement) de trois à cinq fois sur cent malades. — Je ferai remarquer toutefois qu'il y a une difficulté insurmontable à déterminer exactement le degré de fréquence de cette manifestation, car les malades qui en sont affectés ne viennent pas tous se faire traiter dans les services spéciaux de vénéréologie ; une bonne partie en est dérivée par les dispensaires d'ophthalmologie.

L'iritis est la plus *précoce* des ophthalmies spécifiques. On la voit assez souvent entrer en scène du quatrième au sixième mois de l'infection. Plus habituellement elle apparaît au cours du second semestre ou dans la deuxième année. Au delà de ce terme elle devient de plus en plus rare.

Étiologie. — Comme seul point essentiel de ce chapitre, relevons ceci : L'iritis est un *symptôme rare des syphilis bénignes* et, tout au contraire, un *symptôme fréquent des syphilis intenses ou graves.* Non pas, à coup sûr, qu'elle ait toujours besoin d'une syphilis particulièrement menaçante pour se produire, car on la rencontre quelquefois au cours de syphilis ordinaires ou moyennes ; mais elle offre incontestablement une préférence marquée pour les syphilis qui dépassent comme intensité un niveau moyen. Très fréquemment elle prend place au nombre des symptômes qui constituent les syphilis graves, tout au moins importantes par la multiplicité et la

(1) Pour de plus amples détails, je renvoie le lecteur à la description que j'ai donnée de cette affection (quant à sa forme héréditaire) dans mon livre sur la *Syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.

modalité sévère de leurs manifestations. Et l'on a dit avec toute justesse qu'elle était le plus habituellement « le témoignage ou le présage de *mauvaises* syphilis ».

A cela près, étiologie presque muette. Sans doute, en quelques cas exceptionnels, on a pu voir l'affection succéder à une excitation quelconque de l'œil (lumière vive, travail à la lumière du gaz, veilles prolongées, poussières irritantes, fumée de tabac, refroidissements, etc.). Mais, pour l'immense majorité des cas, elle se produit sans cause appréciable, sans appel local, et sous la seule influence de l'état infectieux.

Ajoutons qu'elle est d'observation notablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Mais cette différence n'est-elle pas précisément en rapport avec l'inégalité de fréquence de la syphilis d'un sexe à l'autre? C'est là un point qui reste à élucider.

Symptômes. — *Début.* — L'iritis syphilitique n'est pas de ces lésions qui débutent avec fracas et dont l'importance se révèle dès le premier instant. Tout au contraire, elle affecte une modalité de début sourde et insidieuse. Pendant quelques jours elle ne consiste, pour les malades, qu'en un peu de rougeur de l'œil, avec quelques douleurs orbitaires et périorbitaires. Si bien qu'elle est prise par eux pour une simple conjonctivite, pour un de ces maux d'yeux courants qui « s'en vont comme ils sont venus ». « Je croyais avoir attrapé un coup d'air sur l'œil, » vous disent la plupart des malades.

Inversement, pour le médecin, existent déjà, à cette époque tout à fait initiale de l'affection, *trois signes* des plus caractéristiques, trois signes dénonciateurs de l'iritis, sur lesquels je ne saurais assez insister, à savoir : Injection radiée périkératique; — myosis inflammatoire; — paresse ou déjà même immobilité de la pupille. — Je précise.

1° **Injection radiée périkératique.** — Au pourtour de la cornée ou tout au moins sur un large segment de son pourtour on constate une arborisation radiée, c'est-à-dire un faisceau de rayons vasculaires divergents, à la façon des rayons qui émergent d'un disque lumineux. Ces rayons ne sont rien autre que les vaisseaux ciliaires antérieurs (artères et veines) qui vont à l'iris ou qui en reviennent. Leur dilatation traduit donc formellement un état d'hyperémie ou de phlegmasie de la membrane irienne.

2° **Myosis inflammatoire**, constitué par un état de resserrement, de contraction permanente de la pupille. La pupille de l'œil affecté est plus petite, notablement plus petite que celle de l'œil sain. — Or, ce rétrécissement pupillaire dénonce, lui aussi, une phlegmasie irienne.

3° **Paresse** ou, déjà même, **immobilité de la pupille.** — Chacun connaît les résultats de la petite expérience suivante : Si l'on vient, sur un sujet sain, à fermer l'œil pour un instant, puis à l'ouvrir

ensuite d'une façon brusque, on voit la pupille de cet œil, qui s'était largement dilatée pendant l'occlusion de la paupière, se rétrécir tout aussitôt dès qu'elle est frappée par le retour de la lumière. Or, soumettez à cette expérience l'œil d'un malade affecté d'iritis, vous constaterez : 1° que la pupille ne se dilate pas, ou ne se dilate que très incomplètement pendant l'occlusion des paupières; — 2° qu'elle ne se rétrécit pas ou qu'elle ne se rétrécit que très incomplètement quand l'œil vient à être ouvert. Donc, paresse ou immobilité de la pupille, voilà ce qui ressort de cet examen. Eh bien, cela dénonce l'inflammation irienne; cela veut dire que déjà, sous l'influence d'un processus phlegmasique, les mouvements de la pupille commencent à être entravés par des infiltrats d'exsudation.

Les trois symptômes que je viens de décrire sont contemporains et connexes. Ils forment une triade tout à fait caractéristique; car, si chacun d'eux témoigne d'une phlegmasie irienne qui se prépare, *a fortiori* leur ensemble comporte-t-il une signification plus précise.

Dépister l'iritis à ses débuts, afin de conjurer le danger principal qui peut en dériver, à savoir les adhérences, les synéchies, tout est là pour le pronostic. C'est dire quel intérêt se rattache à la triade en question, qui fixe le diagnostic dès les premiers jours de la maladie.

Période d'état. — A la période d'état, l'iritis spécifique est constituée par deux ordres de symptômes, des troubles fonctionnels et des signes objectifs.

I. — Les troubles fonctionnels consistent en des phénomènes douloureux et des altérations de la vue.

Les *phénomènes douloureux* sont très variables d'intensité d'un cas à un autre. Le plus habituellement ils se réduisent à ceci : douleurs orbitaires et péri-orbitaires de degré léger ou tout au plus moyen; peu ou pas de larmoiement; peu ou pas de photophobie. — En quelques cas seulement, ils atteignent une acuité notable, sous forme de névralgies ciliaires bien accentuées, avec irradiations dans l'orbite et la tempe, hémicranie, éréthisme douloureux de tout le globe oculaire, larmoiement, photophobie.

Mêmes variétés comme *troubles visuels*, très inégaux d'un malade à un autre. C'est qu'en effet ces troubles de la vue ne sont que la conséquence, l'expression d'incidents phlegmasiques surajoutés et éventuels, tels que formation d'un nuage dans l'humeur aqueuse ou d'exsudats organisés dans le champ pupillaire. Si ces incidents viennent à faire défaut ou ne se produisent que sous une forme bénigne, la vision ne se trouve affectée qu'à un faible degré. Le malade, alors, n'accuse qu'un « brouillard devant l'œil », mais il distingue encore nettement les objets; ainsi, il peut voir l'heure à une montre, parfois même lire un livre dont les caractères ne sont pas très fins. C'est là l'ordre de cas le plus commun. — Inversement,

dans les formes plus sérieuses avec exsudats inflammatoires, la vision devient très imparfaite ; la lecture alors est absolument impossible, et les gros objets seuls restent perceptibles. Il est même des cas où le malade dit « ne plus rien voir » et distinguer seulement le jour de la nuit.

II. — Beaucoup plus importants pour la séméiologie sont les *signes objectifs*, qui, seuls, peuvent renseigner sur la nature exacte de la lésion.

Ceux-ci, tous précis, formels, essentiels à consulter pour le diagnostic, sont au nombre de cinq, à savoir :

1° **Injection radiée périkératique**. — L'œil est rouge, mais rouge d'une certaine façon, à savoir rouge par injection zonulaire et radiée, c'est-à-dire par arborisation vasculaire semblant émerger en rayons du pourtour de la cornée. Ce n'est là que l'injection de la phase morbide initiale, mais exagérée, étendue, et couvrant tout le segment sclérotical accessible à l'examen.

Cette injection est plus ou moins intense. — Alors qu'elle atteint un haut degré, elle devient violacée et peut se compliquer d'un certain œdème du tissu cellulaire sous-conjonctival, œdème qui, dans les formes sérieuses, aboutit (mais rarement) à constituer un véritable chémosis péri-cornéal.

2° **Immobilité de la pupille en myosis**. — D'une part, la pupille (à moins, bien entendu, que les agents mydriatiques n'aient été déjà mis en œuvre) apparaît petite, resserrée, contractée. — D'autre part et surtout, elle est immobilisée, c'est-à-dire non susceptible de ses alternances physiologiques de dilatation et de constriction. Pourquoi ? Parce qu'elle est entravée, fixée, figée (qu'on me passe le mot) par des exsudats inflammatoires interstitiels et périphériques.

3° **Déformation de la circonférence pupillaire**. — Quand la pupille est très resserrée, elle peut conserver sa forme circulaire. Mais, dans les cas beaucoup plus communs où sa rétraction n'est que moyenne, sa circonférence est remarquable par ses irrégularités. Elle est déformée et capricieusement déformée, sinueuse, frangée, semée de petites encoches.

Et cette déformation s'accroît encore lorsqu'on vient à « forcer » la dilatation pupillaire par un mydriatique, tel que l'atropine. La pupille, en effet, n'obéit plus alors que partiellement à l'agent mydriatique, en ce sens qu'elle se dilate seulement là où elle est encore susceptible de se dilater, mais qu'elle ne se dilate plus là où elle est retenue, fixée par des adhérences avec les tissus voisins. Conséquence : elle perd absolument sa forme usuelle pour affecter toutes formes anormales, irrégulières, indescriptibles et forcément variables d'un sujet à un autre. C'est en pareils cas qu'on l'a vue représenter tantôt un trèfle, tantôt un cœur de cartes à jouer, tantôt un haricot, un 8, une frange à segments multiples de circonférence, etc., etc. ;

toutes irrégularités de hasard, exclusivement imputables aux synéchies et non pas (comme on le croyait autrefois) à la spécificité morbide.

Immédiatement donnons place ici à un autre symptôme de même provenance, mais d'observation beaucoup plus rare. Quelquefois on constate, indépendamment des phénomènes précités, la présence sur la face antérieure du cristallin de petits *points* ou de *tachettes d'un noir d'encre*. Qu'est-ce que cela ? Tout simplement des lambeaux d'uvée détachés de la face postérieure de l'iris après rupture d'adhérences irido-cristalliniennes. Au moment où s'est fait le décollement de ces adhérences sous l'influence d'un effort mydriatique, l'iris ne s'est détaché de la cristalloïde qu'en y laissant des fragments de son tissu propre, et ce sont lesdits fragments uvéens, colorés d'un beau noir, que l'on aperçoit, à travers la pupille, sur la face antérieure du cristallin. (Symptôme banal, du reste, qui se rencontre dans toutes les iritis plastiques alors que l'atropine n'a pas été instillée dès le début.)

Ces lambeaux d'uvée figurent soit de petits points, soit de petites traînées de formes irrégulières. — Le semis punctiforme ainsi constitué est toujours disposé suivant un trajet circulaire qui correspond à la circonférence de la pupille avant la dilatation déterminée par les agents mydriatiques.

4° **Modification de teinte de l'iris**. — Remarquable surtout par comparaison avec l'œil sain. — D'une part, l'iris malade offre une surface d'aspect dépoli ; d'autre part, sa couleur normale s'est altérée, en prenant une tonalité ou plus foncée, ou plus verdâtre, ou d'un rouge fauve. Il n'est pas rare d'y observer de petits îlots d'une teinte rousse ou d'un rouge jaunâtre.

5° **Syphilides iriennes**. — On appelle de ce nom, par comparaison avec les exanthèmes cutanés, les infiltrats qui se produisent dans l'épaisseur de l'iris.

Ces infiltrats se présentent sous trois formes, d'après leur degré de développement.

1° Dans leur forme la plus atténuée (qui est la plus difficilement perceptible), ils ne consistent qu'en un très léger épaississement de la membrane irienne, lequel se traduit par un soulèvement circonscrit et minime à la surface de l'iris. — Une lésion d'aussi faible importance est absolument faite pour échapper à l'attention. On ne l'apprécie guère qu'en examinant l'œil à la loupe avec un bon éclairage oblique. A la vérité, on s'en rend mieux compte alors qu'elle occupe le petit cercle de l'iris, au niveau de l'orifice pupillaire, parce que là on aperçoit le rebord pupillaire qui, au lieu d'être mince et tranchant, se présente avec un épaississement appréciable.

2° Dans une seconde forme, l'infiltrat irien forme une saillie plus accentuée, une véritable bosselure. Circulaire de contour et convexe

de surface, cette bosselure peut être comparée comme étendue et comme forme soit à une petite lentille, soit à une demi-tête d'épingle. Elle constitue donc une saillie qui ne saurait être méconnue. — C'est là le « soulèvement papuloïde », la « *papule plate* » de l'iris, assez semblable en effet à la papule plate de la peau ou des muqueuses. Simple forme de transition à la suivante, laquelle constitue la « tumeur irienne ».

3° La *tumeur irienne* (souvent décrite sous les noms de condylome, papule, végétation, gomme, pustule, abcès de l'iris) est constituée par ceci : une forte saillie granuleuse développée à la surface de la membrane irienne et formant à ce niveau une véritable *tumeur* ; — tumeur hémisphérique ou légèrement acuminée ; — circulaire de contour ; — généralement comparable comme volume à un petit grain de millet ou à une tête d'épingle, exceptionnellement à un demi-grain d'orge, à un demi-grain de blé ; — variable de couleur, mais le plus habituellement de teinte *rouillée*, quelquefois jaunâtre ou d'un jaune fauve, roux, quelquefois d'un jaune émaillé de rouge.

Le plus souvent il n'existe qu'une seule de ces tumeurs. Il n'est pas rare, cependant, d'en observer deux ou même trois. On dit en avoir rencontré quatre.

Le siège usuel, favori, de ces tumeurs est l'une ou l'autre des circonférences iriennes, mais bien plus fréquemment le bord pupillaire. — Plus rarement elles affectent la région moyenne de l'iris.

Que sont ces tumeurs iriennes ? De vieille date la clinique en avait pressenti la nature en disant : « Ce sont des lésions analogues aux lésions cutanées de la syphilis; ce sont des syphilides de l'œil, des syphilides de l'iris. » On avait même tenté d'établir une relation de forme entre ces lésions iriennes et les lésions cutanées, en ajoutant ceci : « Les syphilides ont leurs formes correspondantes sur l'iris. Ainsi, à la roséole correspond l'iritis érythémateuse, simplement constituée par une légère boursouflure de l'iris ; — à la syphilide papuleuse, l'iritis papuleuse ; — aux syphilides tuberculeuses et gommeuses, les tubercules ou gommes de l'iris. » Et il est de fait que cette assimilation se trouve parfois légitimée en clinique par une indéniable relation de modalité éruptive entre les lésions cutanées et les lésions iriennes.

Or, cette prévision de la clinique s'est trouvée vérifiée par l'histologie. Plusieurs fois ces tumeurs iriennes ont été excisées, puis soumises à l'examen microscopique, et invariablement on y a constaté les éléments cellulaires et la structure histologique générale qui constituent la papule ou la gomme des téguments cutanés.

De sorte que, très sûrement, ces lésions iriennes ne sont rien autre que des néoplasmes identiques à ceux d'où résultent les

syphilides cutanées. S'il en est ainsi, quelle raison aurait-on de leur refuser le qualificatif de *syphilides iriennes*?

De là, alors, une conception possible de l'iritis syphilitique, laquelle ne serait qu'un *ensemble de troubles réactionnels symptomatiques de syphilides développées sur l'iris*. On objectera bien à cela que les syphilides n'éveillent à la peau ni réaction inflammatoire ni troubles fonctionnels. Mais tout est affaire de siège, et il n'est rien d'étonnant à ce que des syphilides développées sur un système aussi complexe, aussi vasculaire, aussi éréthique que l'iris, déterminent là une irritation symptomatique qui se traduit par l'injection vasculaire et le trouble des fonctions dévolues à l'organe.

Aux deux ordres de symptômes qui précèdent se réduit, en général, la scène morbide. L'iritis syphilitique, en effet, reste presque toujours une affection purement *locale*, à cela près de quelques phénomènes sympathiques qui peuvent surgir sur des sujets nerveux et irritables.

Formes. — L'iritis est loin d'affecter en tous les cas une égale intensité de symptômes. De là trois formes, à savoir :

1° Une forme *légère* (dite parfois iritis séreuse), caractérisée par une injection périkératique peu intense, une absence presque complète de douleurs et de troubles visuels, une absence absolue de néoplasmes iriens, une faible tendance aux exsudats, une terminaison indemne d'adhérences, etc.

2° Une forme *grave*, constituée par un ensemble de symptômes précisément inverses, à savoir : injection vive de l'œil, quelquefois avec œdème conjonctival et chémosis ; — phénomènes douloureux très accentués ; — troubles visuels intenses, dus soit à des nébulosités de la chambre antérieure, soit à des exsudats déposés sur le champ pupillaire ; — syphilides iriennes volumineuses et souvent multiples ; — déformation, rétraction et immobilisation absolue de la pupille ; — tendance aux complications, telles notamment que cyclite et choroïdite.

3° Et, enfin, une forme *moyenne*, intermédiaire aux deux précédentes comme intensité de symptômes et susceptible elle-même de nombreux degrés.

Évolution. — L'iritis syphilitique n'évolue que d'une façon assez lente, « moins à la façon d'une inflammation que d'une syphilide irienne ».

Dans ses formes légères, elle cède au traitement dans l'espace de douze à quinze jours. Dans ses formes moyennes, elle affecte une durée variable entre trois et quatre septénaires. — Dans ses formes graves, elle peut persister six, sept, huit semaines, voire davantage et jusqu'à trois mois, a-t-on dit.

Terminaisons. — Trois ordres de terminaison possible, à savoir :

1° Guérison complète, avec *restitutio ad integrum*. C'est là le

fait de beaucoup le plus commun, alors que le traitement intervient à temps.

2° Guérison *avec reliquats*, mais avec reliquats ne constituant pas de troubles fonctionnels importants. — Dans cet ordre de cas, encore assez commun, ce qui subsiste, après disparition des phénomènes inflammatoires, c'est ou bien un certain état de déformation pupillaire, due à des synéchies définitives, ou bien un léger semis de taches pigmentaires sur la cristalloïde.

3° *Infirmités visuelles consécutives*, c'est-à-dire disparition de la maladie quant à ses phénomènes inflammatoires, mais persistance de *reliquats* compromettant, à des degrés divers, les fonctions de la pupille et de la vue, tels que :

Immobilisation et atrésie de la pupille, résultat ou bien de *synéchies marginales* entre l'iris et la cristalloïde, ou bien d'*accolement pariétal membraneux* entre cette dernière membrane et la face postérieure du diaphragme irien ;

Obstruction partielle, voire (exceptionnellement) plus ou moins complète, *du champ pupillaire* par des exsudats membraneux, constituant ce qu'on appelle des cataractes pupillaires;

Quelquefois encore, mais très rarement, atrophies partielles et cicatrices interstitielles de l'iris.

Inutile de dire que de telles lésions entraînent forcément à leur suite des troubles visuels plus ou moins accentués, pouvant aller jusqu'à la cécité presque complète et même absolue.

Pronostic. — La possibilité de ces dernières terminaisons assombrit singulièrement le pronostic de l'iritis. Disons toutefois qu'elles sont rares, absolument rares, et exclusivement propres à deux ordres de cas, à savoir : ou bien à certains cas (tout à fait exceptionnels) d'iritis originairement graves développées au cours de syphilis graves; — ou bien aux cas usuels soit abandonnés à leur évolution propre, soit tardivement ou timidement traités. La règle, au contraire, pour les cas soumis à une thérapeutique rationnelle, c'est la guérison. Tout dépend en l'espèce du traitement, et l'on a pu dire sans exagération que « avec un bon diagnostic, du mercure et de l'atropine, le médecin est maître de la situation ».

Cependant diverses tendances de la maladie ne laissent pas de constituer, pour certains cas, des complications plus ou moins importantes, à savoir :

1° Tendance indéniable à la *bilatéralité*. — Assez fréquemment les deux yeux sont intéressés, non pas d'emblée, mais successivement. C'est-à-dire que l'iritis, suivant l'expression vulgaire, « passe volontiers d'un œil à l'autre ».

2° Tendance aux *récidives*. — Ces récidives ne sont pas rares, et peut-être bien les reliquats laissés par une première atteinte ne leur sont-ils pas étrangers.

3° *Propagation à la choroïde.* — Complication assez commune et constituant, en l'espèce, le *véritable danger*. D'une façon ou d'une autre on vient généralement à bout d'une iritis, et l'art, au besoin, peut en réparer les dommages. Mais, pour la choroïdite, c'est une autre affaire. Avec une choroïdite la vision se trouve en cause, et gravement; elle peut être altérée, compromise, abolie. De Wecker et Landolt ont dit expressément ceci, et avec toute raison : « Ce qui doit surtout préoccuper le médecin, lorsqu'il se trouve aux prises avec une iritis, c'est la crainte de voir l'inflammation irienne gagner la choroïde. »

4° Notons enfin, mais à titre tout à fait exceptionnel, le danger de l'*ophthalmie sympathique*, consécutive aux névralgies ciliaires que peuvent solliciter et entretenir les adhérences iriennes.

Au total, donc, l'iritis spécifique comporte certains dangers sérieux. Mais ces dangers sont de ceux qu'il n'est pas impossible de conjurer par un diagnostic précoce de l'affection et une thérapeutique bien dirigée.

Diagnostic. — A dessein je répète que le salut de l'œil est dans une intervention énergique et hâtive, basée sur un diagnostic immédiat.

Or, dépister une iritis naissante est chose facile de par la triade symptomatologique qui compose le début de la maladie. Pour avoir longuement décrit cette triade précédemment, je n'ai plus qu'à en rappeler ici les éléments, à savoir : injection radiée périkératique; — myosis inflammatoire ; — paresse ou immobilité pupillaire.

Quant au diagnostic de la maladie à sa période d'état, il est patent, il s'impose de par les phénomènes douloureux et surtout de par les cinq signes objectifs susénoncés, qu'il serait superflu de reproduire.

Mais, l'iritis constatée comme lésion, reste ce qu'on appelle le *diagnostic de nature*. Quelle est cette iritis? Procède-t-elle ou non de la syphilis ? Car il n'est pas que des iritis syphilitiques, bien entendu ; il est des iritis rhumatismales, goutteuses, scrofuleuses, blennorrhagiques, etc., sans parler même de celles qui peuvent être symptomatiques de lésions oculaires. Or, toutes ces iritis ont un fonds de symptômes communs, analogues ou identiques, soit comme signes objectifs, soit surtout comme troubles fonctionnels. La question est donc de rechercher si l'iritis syphilitique peut être différenciée comme nature des iritis d'autre provenance, des iritis « vulgaires », comme on les appelle par opposition avec l'iritis spécifique de la vérole.

Eh bien, ce diagnostic de nature repose sur quatre considérations que voici :

I. — *Antécédents* ou *symptômes concomitants de syphilis.* — Comme toute manifestation secondaire, l'iritis spécifique a forcément derrière elle un *passé* de syphilis, c'est-à-dire des antécédents divers d'infection spécifique, tels que chancre, adénopathies, éruptions, plaques muqueuses, etc. — De plus, elle est très généralement

« encadrée » par divers accidents spécifiques contemporains, et cela parce qu'elle est le plus souvent l'expression de syphilis sinon toujours graves, au moins intenses et prodigues en manifestations.

Mais, pour excellent qu'il soit, ce premier signe ne suffit pas à attester nécessairement la qualité syphilitique de l'iritis; car rien n'empêche un sujet syphilitique de contracter une iritis indépendante de la syphilis. Voyons donc si, d'autre part, l'iritis syphilitique ne présente pas quelques particularités qui soient de nature à en attester la spécificité d'origine.

Eh bien, tout n'est pas identique entre l'iritis de la vérole et les iritis vulgaires, d'origine non spécifique. Si l'on analyse minutieusement la symptomatologie propre aux phlegmasies iriennes de la syphilis, on arrive à lui reconnaître certains caractères, certaines particularités qui leur impriment un cachet tant soit peu spécial et qui peuvent, en bon nombre de cas, les différencier des phlegmasies d'autre nature. Ces caractères sont les suivants :

II. — En premier lieu, *teneur subaiguë* de la maladie.

L'iritis syphilitique a d'abord un *début assez froid*. Elle ne s'annonce pas avec fracas, à la façon d'une phlegmasie aiguë, d'une inflammation véritable. Loin de là ; elle procède lentement, à petits pas, si je puis ainsi dire, sourdement, insidieusement. Elle est, en réalité, peu de chose à son berceau ; si bien qu'on ne la croirait guère, à la voir s'annoncer de la sorte, susceptible d'aboutir à des lésions sérieuses.

Dans une phase plus avancée, c'est encore une affection *subaiguë* plutôt que réellement aiguë. *Elle n'a pas les symptômes violents d'une inflammation franche*; elle est plus modérée, plus calme dans son allure que les iritis d'autre origine; elle est *moins inflammatoire*, en un mot. Bien que comportant les caractères d'une phlegmasie, elle conserve, en effet, une certaine teneur froide, aphlegmasique. Elle est à l'iritis vulgaire (cette comparaison fera comprendre ma pensée) ce qu'un exanthème syphilitique est à une éruption fébrile, ce que la roséole, par exemple, est à la rougeole (1).

III. — Autre point : l'iritis syphilitique est *bien plus indolente* que les autres variétés d'iritis.

Cela n'est, à vrai dire, qu'un corollaire de la proposition qui précède. Car, la douleur se mesurant en général à l'intensité du processus phlegmasique, il est tout naturel que l'iritis spécifique, variété relativement froide, soit moins douloureuse que d'autres variétés de caractère plus franchement inflammatoire.

(1) Il faut reconnaître toutefois qu'en certains cas l'iritis syphilitique présente de réels phénomènes d'acuité : douleurs oculaires assez vives, irradiations névralgiques dans le crâne, photophobie, larmoiement, insomnie, agitation, voire certain degré de réaction fébrile, etc. — Ces cas sont rares. Ils constituent ce qu'on pourrait appeler la *forme aiguë*, ou mieux *névralgique* de l'affection.

Il n'est même pas rare que l'iritis syphilitique soit presque indolente. Sur nombre de malades je l'ai vue ne déterminer que d'insignifiantes douleurs orbitaires et rester exempte de toute irradiation névralgique, de larmoiement et de photophobie. C'est là ce qu'on pourrait appeler la forme *froide* de l'affection.

De là cet enseignement pratique que je ne cesse de répéter à mes élèves : Lorsque vous rencontrerez une iritis qui évolue sans grands phénomènes d'acuité, qui a débuté lentement et sourdement, qui n'excite que peu de douleurs, peu ou pas de larmoiement, peu ou pas de photophobie, qui n'a qu'un cercle périkératique peu développé ; lorsque, dis-je, vous rencontrerez une iritis qui procède en apparence de la façon la plus bénigne, *qui n'inquiète pas les malades*, qui les laisse presque indifférents, méfiez-vous ; méfiez-vous, car il y a toute chance en ces conditions pour que la vérole soit en cause. Recherchez donc la vérole, et presque toujours vous la trouverez comme origine de la phlegmasie oculaire.

IV. — Dernier signe plus caractéristique encore que les précédents : Présence à la surface de l'iris, spécialement au niveau du cercle pupillaire, de ces petites tumeurs papuleuses que nous avons qualifiées du terme de *syphilides iriennes*. — On a beaucoup discuté sur la valeur séméiologique de ces productions néoplasiques, les uns les donnant comme caractéristiques, « pathognomoniques » de la syphilis, les autres soutenant que des lésions analogues ou semblables peuvent se rencontrer avec des iritis d'autre nature, par exemple avec des iritis scrofuleuses. En définitive il semble acquis que, dans les cas où de tels néoplasmes iriens se présentent *bien constitués*, sous forme de granulations saillantes, circonscrites, du volume d'une tête d'épingle et d'une coloration fauve ou rougeâtre, ils témoignent presque sûrement d'une origine syphilitique, car des productions de cet ordre ne s'observent avec les caractères susdits dans aucune iritis de provenance non spécifique.

En résumé, donc, au point de vue clinique, trois caractères, presque toujours associés, impriment communément à l'iritis syphilitique un cachet spécial et contribuent à la différencier des iritis vulgaires. Et ces trois caractères sont, je le répète :

1° La teneur subaiguë de la maladie ;

2° Son indolence relative ;

3° Et surtout le développement à la surface de l'iris d'une sorte d'énanthème papuleux.

Traitement. — Deux mots le résument, au moins dans ses éléments essentiels, à savoir : *mercure* et *atropine* ; — mercure, comme modificateur spécifique, comme remède de fond, si je puis ainsi parler ; — atropine, comme moyen de conjurer le danger principal de la maladie, en dilatant et maintenant dilatée la pupille. Ajoutons

que, sans doute aussi, ce merveilleux remède agit en l'espèce soit comme antiphlogistique, en réduisant mécaniquement de volume les vaisseaux iriens, soit comme sédatif, en mettant l'œil « en état de repos », cela par son action paralysante sur le muscle accommodateur. En tout cas, c'est un fait certain que, d'une façon ou d'une autre, il calme très efficacement la douleur.

Pour le mercure, on croyait autrefois à la nécessité de l'administrer *largâ manu*, suivant l'expression consacrée, et l'on ne reculait pas, comme exemple, devant des doses quotidiennes de 15, 20, 25 centigrammes de protoiodure, voire davantage encore. C'était là une exagération dont l'expérience a fait justice. Sans doute il convient d'intervenir par une mercurialisation active, mais des doses moyennes (soit 10 à 12 centigrammes de protoiodure quotidiennement) sont amplement suffisantes à l'effet curatif que l'on recherche, du moins pour la grande majorité des cas. — Soit dit au passage, le protoiodure m'a toujours paru préférable en l'espèce aux différentes préparations de sublimé.

Le traitement par frictions ou par injections peut, au besoin, suppléer à l'administration interne du mercure.

L'iodure de potassium, employé seul, se montre très peu efficace. — Le plus souvent il n'y a pas indication de l'associer au mercure. — En certains cas graves, cependant, le traitement mixte a paru fournir de bons résultats.

Quant à l'action mydriatique, on peut la produire de diverses façons. Le moyen le plus simple et le plus sûr consiste dans le collyre à l'atropine, suivant la formule suivante :

Eau distillée..... 10 grammes.
Sulfate neutre d'atropine..... 2 centigrammes.

M.

Pour un collyre, dont on instillera deux gouttes dans l'œil, de trois à six fois dans les vingt-quatre heures, suivant le degré de rétrécissement de la pupille et suivant aussi l'effet produit.

La dilatation de la pupille sera facilement obtenue de la sorte, à moins que l'on ne soit intervenu trop tardivement. Elle devra être maintenue en l'état jusqu'à disparition absolue des phénomènes morbides.

Ce traitement sera complété comme il suit : repos de la vue (proscrire la lecture, même par l'œil sain) ; — soustraire l'œil malade à l'action de la lumière par un carré de soie noire flottant au devant de l'œil, ou bien par des conserves de teinte fumée ; — fomentations émollientes, employées chaudes ; — alitement, dans les formes un peu sévères.

D'autre part, la prédominance de divers symptômes donne parfois lieu à des indications particulières. Ainsi, dans les formes aiguës à

processus inflammatoire très accentué, on s'est quelquefois bien trouvé d'associer au traitement qui précède l'emploi d'émissions sanguines locales (six sangsues à la tempe, une ou deux fois), de fomentations émollientes continues, de frictions mercurielles belladonées autour de l'orbite, de dérivatifs intestinaux, de préparations opiacées, etc.

En cas de douleurs vives, on aura recours aux fomentations émollientes, aux sédatifs locaux, à l'opium, au bromure, voire, si besoin est, aux injections de morphine.

La paracentèse cornéale a été proposée comme moyen d'amender les douleurs et le processus phlegmasique en diminuant la tension intra-oculaire. Je ne suis pas autorisé, faute d'expérience spéciale, à juger une telle méthode ; mais il me sera bien permis de dire que, d'une part, je n'ai pas encore rencontré un seul cas où la nécessité de cette opération se soit imposée, et, d'autre part, que j'ai eu plusieurs fois à constater les détestables résultats de cette méthode. Comme exemple, je citerai le cas d'un jeune homme qui, traité sans mercure, mais par ponctions multiples, pour une iritis syphilitique, resta complètement *aveugle* d'un œil, et cela en raison d'opacités cornéales qu'il serait injuste d'attribuer à la maladie.

Dernier point. L'iritis syphilitique est, on le sait, sujette à récidive, et cela soit sur le même œil, soit sur l'œil opposé. Parfois aussi elle n'est que le prélude d'autres accidents oculaires plus graves affectant les membranes profondes de l'œil. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, qu'un de mes malades, deux mois après guérison d'une iritis double, fut pris d'une choroïdite des plus intenses. Il y a lieu, donc, pour se tenir en garde contre ces récidives et ces complications ultérieures, d'*insister sur le traitement spécifique longtemps après guérison*, c'est-à-dire : 1° de continuer un certain temps la médication mercurielle après disparition complète des accidents ; — 2° d'y revenir à assez bref délai, après avoir accordé au malade un certain temps de repos et de désaccoutumance ; — 3° enfin, de la mettre en œuvre une série de fois au cours des années suivantes.

V. — D'autres déterminations oculaires, telles que choroïdite, névrite optique, rétinite, etc., ont été parfois observées au cours de la période secondaire. La choroïdite, notamment, s'y présente d'une façon assez fréquente, surtout comme épiphénomène de l'iritis. Mais, ces diverses variétés d'ophthalmies spécifiques faisant bien plus habituellement partie de la série tertiaire, la description que je dois leur consacrer sera mieux à sa place dans le second volume de cet ouvrage.

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OREILLE (1).

A sa période secondaire, la syphilis peut déterminer, du côté de l'organe de l'ouïe, des lésions multiples, dont la gravité varie suivant le siège qu'elles occupent.

Elle est susceptible d'affecter, mais avec une fréquence inégale, tous les districts de l'appareil auditif, à savoir :

Le pavillon;

Le conduit auditif externe;

La trompe d'Eustache;

L'oreille moyenne;

L'oreille interne.

I. — Le **pavillon** ne doit être cité ici que pour mémoire. Faire l'histoire des lésions spécifiques qui l'envahissent serait rééditer celle des syphilides cutanées, dont elles ne diffèrent en rien.

II. — Les **syphilides du conduit auditif externe**, sans être plus spéciales, se recommandent cependant à l'attention par quelques détails cliniques qui leur sont propres.

Ainsi, en raison de la conformation du canal dans lequel elles siègent, elles ont des conséquences particulières.

Une des premières est l'*atrésie du conduit* auditif externe, résultant de l'infiltration périphérique. Cette atrésie détermine une *diminution plus ou moins notable de l'acuité auditive.*

Puis, sèches à leur début, ces syphilides ne tardent pas à devenir érosives et à sécréter un liquide purulent, lequel, en raison de l'atrésie concomitante, tend à stagner dans le conduit. De cette stagnation dans un milieu déjà infiltré et ulcéré résulte bientôt une véritable dermite, laquelle aboutit à son tour, comme conséquence inévitable, à une *otite externe diffuse.*

Cette otite est très douloureuse ; elle empêche notamment la mastication, le condyle de l'articulation temporo-maxillaire venant, à chaque mouvement des mâchoires, exercer une compression sur les surfaces enflammées.

Le diagnostic de ces syphilides est facile, aussi bien en raison de leur aspect *sui generis* que de la présence habituelle d'autres accidents spécifiques contemporains.

Toutefois, lorsqu'elles revêtent le type papulo-hypertrophique, elles peuvent être confondues avec les végétations polypeuses de l'oreille. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que, dans certains cas, elles ressemblent d'une façon absolue, comme aspect et

(1) Ce chapitre a pour auteur M. le Dr Hermet.

comme forme, aux polypes non pédiculés, à large base d'implantation. Il est arrivé à plus d'un auriste de les opérer avec le serre-nœud, comme un polype ordinaire.

Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides du conduit, qu'elles soient papuleuses, érosives, papulo-érosives ou hypertrophiques, affectent toujours une longue durée (de plusieurs semaines à plusieurs mois).

Tout au contraire, convenablement traitées, elles guérissent en quelques jours.

Voici le plus simple et le meilleur traitement à leur opposer. Après avoir pratiqué un abondant lavage du conduit avec un liquide antiseptique (eau bouillie, additionnée d'acide borique ou de liqueur de Van Swieten), on cautérise toute la surface des lésions soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution concentrée du même sel dont on imprègne un tampon d'ouate proportionné comme volume au diamètre du conduit. — Consécutivement, pansement avec ouate sèche.

Ces cautérisations doivent être renouvelées tous les jours jusqu'à guérison.

Elles sont quelquefois douloureuses. Il convient, dans ce cas, de les faire précéder d'un badigeonnage à la cocaïne (de 10 à 15 p. 100).

Les lavages doivent être faits aussi souvent que la sécrétion du pus l'exige. Il y a, en effet, un intérêt majeur à prévenir la stagnation de produits septiques dans le conduit auditif.

III. — **Trompe d'Eustache**. — En raison de ses rapports anatomiques avec les amygdales, le pharynx, les piliers et la luette, la trompe d'Eustache est une des localisations les plus habituelles de la syphilis secondaire.

C'est qu'en effet les plaques muqueuses abondent et surabondent, comme on le sait, au voisinage de la trompe. L'inflammation qu'elles importent là et que leur persistance y entretient peut finir par se propager à la muqueuse eustachienne. La trompe alors s'enflamme *symptomatiquement*. Or, comme elle est très étroite, la moindre phlegmasie suffit à en obstruer le calibre. Et tout aussitôt entrent en scène divers accidents qui constituent la symptomatologie usuelle et banale de l'*obstruction de la trompe*.

Ces accidents sont les suivants :

1° *Surdité*, dont l'intensité est proportionnelle au degré d'obstruction ;

2° *Bourdonnements*, dont le timbre est invariablement le même, à savoir : le bruit que provoque l'application d'un coquillage contre l'oreille ;

3° Quelquefois, mais seulement dans les cas d'obstruction totale, *vertiges*, résultant de la compression du liquide labyrinthique. En effet, la pression atmosphérique sur la membrane du tympan,

n'étant plus contre-balancée par celle de l'air qui normalement doit être contenu dans l'oreille moyenne, vient enfoncer la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale.

Voilà pour les symptômes subjectifs.

Quant aux symptômes objectifs, ils sont fournis par l'examen direct de l'oreille et de la gorge. Ils consistent en ceci :

Au spéculum, la membrane du tympan apparaît *concave*, appliquée, pour ainsi dire, contre la paroi interne de la caisse ; — le manche du marteau prend alors, de ce fait, une direction oblique qui le fait paraître raccourci.

Le cathétérisme de la trompe permet de constater son obstruction, l'air n'arrivant pas jusqu'à l'oreille moyenne.

Dans la gorge, on trouve, soit sur les amygdales, soit sur les piliers, soit sur la luette, des plaques muqueuses avec leur zone inflammatoire habituelle. De là, conséquemment, tous symptômes usuels de la pharyngite, rougeur, infiltration, douleur, etc...

Enfin, lorsqu'on soupçonne la présence de plaques sur les pavillons des trompes, il faut, pour les apercevoir, pratiquer la rhinoscopie postérieure.

L'intensité des phénomènes auriculaires est subordonnée à l'intensité de la pharyngite ; c'est dire que chez les fumeurs, les buveurs, etc., la surdité est plus considérable. — Elle dure aussi longtemps que la cause occasionnelle dont elle dérive.

Toute tentative de guérison par un traitement purement auriculaire est inutile, un débouchage de la trompe ne donnant que des résultats momentanés. De plus, à la période aiguë, le cathétérisme et la douche d'air ne sont pas sans danger ; car, avec ces procédés, on risque de refouler dans la caisse les mucosités toxiques du pharynx et de déterminer ainsi une otite moyenne purulente.

Il est donc préférable à tous égards de différer le traitement local jusqu'à guérison des plaques muqueuses.

A ce moment, il suffit, dans l'immense majorité des cas, d'un seul cathétérisme pour faire disparaître la surdité et les bourdonnements.

Mais l'inflammation de la trompe n'est pas seulement importante par elle-même. Elle l'est aussi et surtout, ainsi qu'on va le voir, en tant qu'intermédiaire possible entre les lésions de la gorge et l'oreille moyenne.

IV. — **Oreille moyenne**. — **L'otite moyenne purulente** n'est qu'un accident assez rare dans la période secondaire de la syphilis.

Jadis on la croyait *primitive*, spontanée, directe, à la façon, par exemple, de l'iritis syphilitique. Et c'est là une erreur qui s'explique ; car, à cette époque, on ne disposait pas des moyens d'investigation dont on dispose aujourd'hui. La rhinoscopie postérieure était encore inconnue, et il était par conséquent impossible de contrôler l'état des pavillons des trompes.

Mais, depuis qu'on sait éclairer les recoins les plus cachés du pharynx, cette otite n'est plus considérée, de l'aveu général, qu'au titre d'une affection secondaire, *deutéropathique*, dérivant par l'intermédiaire de la trompe de lésions gutturales. C'est donc, purement et simplement, un épiphénomène de ces lésions.

De cela voici la preuve. Étant donnée une otite moyenne survenue au cours de la période secondaire, on trouve invariablement, alors qu'on prend soin de pratiquer la rhinoscopie postérieure, une ou quelques plaques muqueuses au voisinage du pavillon de la trompe correspondant à l'oreille affectée. Il est bien manifeste, en ces conditions, que l'otite n'est qu'une extension, une propagation, par l'intermédiaire de la trompe, de l'inflammation de l'arrière-gorge.

Aussi bien, lorsqu'un syphilitique vient à se plaindre de douleurs auriculaires, l'obligation s'impose-t-elle au médecin d'inspecter non seulement l'oreille, mais l'arrière-gorge, et cela par les procédés de la rhinoscopie postérieure.

Que trouve-t-on alors? Ceci, sans parler, comme anamnèse constante, de douleurs pharyngiennes et auriculaires violentes avec irradiations craniennes :

Du côté de l'oreille, tous signes usuels d'otite moyenne : membrane tympanique hyperémiée, rouge et d'un rouge vif; — en plus, convexe en dehors (repoussée qu'elle est par l'exsudat purulent contenu dans la cavité de la caisse); — surdité.

Du côté de la gorge, lésions spécifiques, sous forme de plaques muqueuses, avec zone inflammatoire périphérique; — et notamment, d'une façon presque invariable, localisation d'une de ces plaques sur le pavillon.

Pronostic. Traitement. — Cette otite secondaire de la syphilis est grave au titre de toutes les affections aiguës de la caisse. C'est assez dire qu'il faut la traiter énergiquement, et cela dès l'invasion de son premier symptôme. — Comment?

Je dirai d'abord qu'il est peu de secours à attendre, pour soulager l'acuité des douleurs, d'une foule de moyens qu'on trouve recommandés partout, tels que : applications d'eau froide ou d'eau chaude, cataplasmes laudanisés, instillation de gouttes calmantes, saignées, etc. L'antipyrine et les sels de quinine restent le plus souvent sans résultats. Seule, la morphine en injections parvient à apaiser quelque peu la douleur.

Mais voici qui est plus important : instituer une asepsie rigoureuse des premières voies respiratoires; — cautérisations des plaques gutturales au nitrate d'argent; — gargarismes émollients très fréquemment répétés; — suppression de toute cause susceptible d'irriter une muqueuse déjà enflammée (tabac, alcool); — et surtout, pardessus tout, intervention chirurgicale hâtive, laquelle calme immé-

diatement la douleur et le processus hyperémique dans des proportions considérables.

Donc, dès que l'on constate la *voussure pathognomonique* du tympan, l'indication formelle est de pratiquer la paracentèse et de la pratiquer largement, suivant un manuel opératoire que je n'ai pas à décrire ici (1).

Que s'il s'est déjà fait une perforation avant l'examen du médecin, juger si elle est suffisante à permettre le libre écoulement du pus, et, au cas contraire, l'élargir.

Pour être une opération facile et simple, cette paracentèse n'en est pas moins une opération douloureuse. Il y a donc indication à la faire précéder d'instillations dans le conduit auditif d'une solution de cocaïne (de 10 à 15 p. 100), cela pendant une dizaine de minutes. — A noter que la cocaïne n'agit pas seulement comme anesthésique local ; elle jouit aussi, bien sûrement, de propriétés décongestives.

Dès que la paracentèse a été pratiquée, il convient de faire passer une douche d'air par insufflation avec la poire de Politzer, pour évacuer absolument la caisse et refouler dans le conduit auditif tout le liquide qu'elle contient. — Laver alors ce conduit par une injection d'eau tiède, préalablement stérilisée par ébullition.

Ces lavages (toujours précédés d'une douche d'air) seront renouvelés plusieurs fois par jour. Combien de fois? Aussi souvent que cela sera nécessaire pour éviter la stagnation du pus, c'est-à-dire plusieurs fois par jour dans les premiers temps. Au delà, lorsque la sécrétion diminue, deux par jour deviennent suffisants. C'est dire que la fréquence des lavages reste subordonnée à l'abondance de la suppuration.

Dans l'intervalle de ces lavages, le conduit auditif sera bourré de gaze iodoformée ou salolée.

Bien entendu, malade à la chambre pendant toute la durée de ce traitement. — En cas d'élévation de température, sels de quinine.

La durée moyenne d'une telle affection n'est guère inférieure à six semaines.

Sa terminaison est toujours favorable alors que le traitement est intervenu de bonne heure. La *restitutio ad integrum* se fait même d'une façon complète en ce sens que la perforation se cicatrise et que l'ouïe redevient normale.

V. — **Oreille interne.** — L'oreille interne n'est que très rarement affectée au cours de l'étape secondaire ; mais, quand cela lui arrive, c'est toujours d'une façon grave, et des plus graves.

Et, en effet, le type pathologique que l'on rencontre en l'espèce n'est rien moins que cette terrible, cette lamentable forme de surdité à laquelle, non sans raison, on a donné le nom de **SURDITÉ FOUDROYANTE.**

(1) Je prie le lecteur de se reporter sur ce point à mes *Leçons sur les maladies de l'oreille.* Paris, 1892.

Cette surdité foudroyante, je n'ai pas à la décrire ici, puisque, constituant en général une manifestation d'ordre tertiaire, elle a sa place naturelle dans une autre partie de cet ouvrage. En quelques mots, seulement, j'en résumerai les symptômes principaux.

Trois particularités en composent la caractéristique, à savoir :

1° Une surdité qui s'établit, se confirme et se complète d'une façon *incroyablement rapide*, c'est-à-dire en quelques semaines, voire en quelques jours (!). Elle débute de la façon la plus inopinée ; — puis elle s'accroît de jour en jour, littéralement, chaque période de vingt-quatre heures se signalant par un progrès notable dans l'affaiblissement de l'ouïe. Si bien que le malade peut devenir sourd en une quinzaine ou même plus hâtivement encore (six jours, dans un cas de Moos). — Et ce qu'il y a de pis, c'est que l'affection a tendance à se bilatéraliser.

2° Une *résistance presque constante à toute thérapeutique.*

3° L'*absence absolue de toute lésion appréciable*, soit du côté de l'oreille, soit du côté de la trompe. En sorte que l'on constate des symptômes fonctionnels, et des symptômes fonctionnels des plus intenses, sans en trouver la moindre raison dans l'examen otoscopique.

Cette affection étant encore peu connue, je crois qu'il ne sera pas sans utilité d'en produire ici un spécimen.

Une jeune fille de vingt-cinq ans, d'excellente constitution, absolument indemne de toute tare héréditaire, contracte la syphilis en mai 1884. — Traitement dès le début. — Comme symptômes, rien autre, dans les premiers mois, que quelques plaques muqueuses sur la langue et les amygdales.

Le 5 novembre, maux de tête. — Six jours après, en s'éveillant, cette jeune fille s'aperçut qu'elle « avait la bouche de travers et ne pouvait fermer l'œil gauche ». — Le lendemain, elle fut prise brusquement de bourdonnements d'oreille et d'étourdissements. Elle rentra chez elle et constata alors avec stupeur qu'elle entendait difficilement la voix de sa mère. — Le troisième jour, la surdité avait encore augmenté. — Bref, quelques jours après, la surdité était absolue, au point que la malade était obligée de se servir d'une ardoise pour correspondre avec sa famille.

Alors, traitements divers : pilules mercurielles, électricité, cathétérisme de la trompe, révulsifs sur les apophyses mastoïdes, etc. — Disparition rapide de la paralysie faciale, mais persistance d'une surdité complète.

En avril, la malade étant entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Pr Fournier, je l'examinai avec grand soin, après avoir appris d'elle ce qui précède. — Aucune perception auditive. — Appareil transmetteur absolument indemne. — Vibrations du diapason non perçues ni à distance ni sur les os du crâne.

Traitement spécifique — Courants continus. — 96 injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, suivant la méthode recommandée par M. le Dr Politzer. — Absolument aucune modification dans l'état de l'ouïe.

A diverses reprises depuis lors et ces derniers temps encore (1898), j'ai

revu cette jeune malade. Or, son état est toujours resté le même, en dépit de nombre d'autres tentatives thérapeutiques.

C'est donc prodigieux, on le voit. Une surdité qui s'établit soudainement, qui aboutit en quelques jours à l'abolition absolue de l'ouïe, puis qui persiste au delà d'une façon définitive, en résistant à tous les efforts de la thérapeutique, cela semble presque du roman.

Ajoutez encore que cette forme de surdité a pour habitude de faire invasion dans des syphilis par ailleurs très usuelles, bénignes même, et non entachées du moindre facteur de gravité.

Que peut-elle être donc ? Relève-t-elle d'une lésion du nerf auditif, ou bien d'un foyer plus profond, encéphalique, ou bien d'une apoplexie labyrinthique, etc. ? Les seuls renseignements dont nous disposions sur ce point nous sont fournis par une autopsie de Moos qui, dans un cas de ce genre (à savoir sur un sujet syphilitique devenu sourd en six jours et ayant succombé à une maladie intercurrente), a constaté ceci :

Le périoste vestibulaire était légèrement épaissi. — Le tissu cellulaire qui se trouve entre la paroi osseuse du vestibule et la paroi membraneuse était hyperplasié et infiltré de petites cellules.

L'infiltration cellulaire se retrouvait dans le périoste de la lame spirale osseuse et dans toutes les portions de la lame spirale membraneuse, mais était plus particulièrement marquée dans l'organe de Corti, dont il était impossible de distinguer les éléments.

Le tronc du nerf auditif n'était pas altéré.

D'après cela, donc, l'affection paraîtrait relever d'une lésion labyrinthique. Mais, bien manifestement, il ne saurait suffire d'une seule autopsie pour fixer une question de cet ordre.

En tout cas, ce qui est éminemment curieux, c'est que des lésions de ce genre puissent être appelées à se produire dans la période secondaire, voire dans les premiers temps de cette période, et qu'une fois produites elles ne soient plus sujettes à régression. Or, nul doute sur l'un et l'autre de ces points.

Ainsi, d'une part, on a observé plusieurs fois la surdité foudroyante au cours de la période secondaire et jusque dans les premiers mois de l'infection (exemples : au sixième mois dans un cas du Pr Fournier, au cinquième dans le cas précité).

Et, d'autre part (réserve faite pour un seul cas dont il va être question), l'affection est restée jusqu'à ce jour absolument rebelle à tous les efforts de la thérapeutique. Bien que traitée dès le début, bien que soumise à des médications énergiques et variées, elle n'a jamais rétrogradé, elle n'a jamais guéri. A ma connaissance, tous les malades qu'elle a rendus sourds sont restés définitivement sourds. Je ne connais à cette règle qu'une seule exception qui vient de m'être

communiquée par M. le Pr Fournier. Ce fait, qu'il a observé en ville avec MM. les Drs Hirschfeld et Landowski, mérite à coup sûr d'être enregistré ici. En voici le sommaire :

Homme de trente-six ans, bien constitué. — Syphilis en août. — Chancre induré, suivi de roséole. — Traitement depuis septembre par liqueur de Van Swieten et iodure de potassium alternativement.

En février, grippe légère, qui dure cinq jours. — A ce moment, l'oreille gauche s'affecte. Diminution de l'ouïe, et vertiges des plus intenses, au point que le malade trébuche. — Injections quotidiennes de peptonate (à 2 centigr.) et iodure de potassium, 5 gr. par jour. — Néanmoins l'ouïe diminue de jour en jour, et bientôt s'abolit absolument. Le malade en arrive à ne plus percevoir le diapason le plus aigu. — Vertiges disparus.

Vers la fin d'avril, l'oreille droite se prend à son tour. — Diminution extrêmement rapide de l'ouïe, voire appréciable d'un jour à l'autre (!).

Examen de l'une et l'autre oreille absolument négatif. — Aucune lésion appréciable. — Du reste, excellent état général ; appétit, toutes fonctions intactes. — Réflexes rotuliens conservés ; nul signe de tabès.

Le 14 mai, on décide de recourir aux *injections de calomel*, tout en continuant l'administration de l'iodure. — Six de ces injections sont pratiquées.

Le 11 juillet, amélioration surprenante. — Oreille droite entendant à 10 mètres. — Oreille gauche percevant la voix à un mètre. — On continue le traitement.

En novembre (d'après un renseignement qui vient de m'être fourni par le Dr Landowski), « l'état de l'ouïe s'est tellement amélioré que le malade entend le moindre chuchotement et distingue les paroles prononcées à voix basse ».

FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Deux erreurs ont longtemps eu cours dans la science relativement à la question qui va nous occuper.

D'après l'une, la syphilis serait foncièrement et essentiellement une maladie apyrétique, incapable de développer la fièvre. Un ancien n'avait-il pas dit : « Morbus gallicus est morbus absque febre. » ? « La vérole ne connaît pas la fièvre », avait-on répété à sa suite.

D'après la seconde des erreurs en question, la syphilis pourrait bien quelquefois déterminer des accidents fébriles, mais seulement à l'occasion et par l'intermédiaire de certaines de ses manifestations à processus inflammatoire ou éruptif. Des accidents fébriles « symptomatiques », voilà tout ce qu'on lui concédait autrefois.

Or, contradictoirement à ces vieux préjugés, l'observation moderne a établi :

1° Que la syphilis, loin d'être une affection invariablement apyrétique, est l'occasion fréquente d'accidents fébriles ;

2° Que ces accidents ne sont pas toujours — tant s'en faut — symptomatiques de manifestations locales ; — que, le plus souvent au contraire, ils se produisent sans intermédiaire, c'est-à-dire sans connexion avec tel ou tel symptôme diathésique ; auquel cas ils semblent bien dériver directement de l'infection et constituer, au sens précis du mot, une sorte de fièvre essentielle spécifique, une véritable *fièvre syphilitique*.

Fréquence. — De mes statistiques, comme de celles qui ont été citées par quelques observateurs, il ressort que les accidents fébriles sont à coup sûr *assez communs* au cours de la période secondaire et surtout dans les premiers temps de cette période.

Mais impossible de formuler numériquement cette fréquence. Car, pour établir une statistique à ce sujet, il faudrait suivre *tous* les malades d'un bout à l'autre de l'évolution secondaire, ce qui n'est pas réalisable dans la pratique hospitalière, ni même (sauf exceptions assez rares) dans la pratique de ville.

D'ailleurs, la fréquence des accidents fébriles d'origine spécifique est éminemment variable suivant des conditions multiples. Ainsi :

1° Fréquente chez la *femme* au cours de la période secondaire, la fièvre syphilitique est véritablement rare, tout à faire rare chez l'homme.

2° Elle est particulièrement fréquente chez les femmes *jeunes*, qui prennent la syphilis de seize à vingt ans. — Cette condition d'âge explique sans doute pourquoi elle se rencontre si fréquemment à Lourcine où abondent les jeunes prostituées.

3° Elle s'observe surtout dans les *syphilis de forme nerveuse*.

4° Enfin, remarque positive dont la singularité m'échappe, elle est infiniment plus commune à l'hôpital qu'en ville. A l'hôpital, j'en ai rencontré des centaines de cas ; peut-être n'en ai-je pas observé plus d'une trentaine en ville dans toute ma pratique.

Division. — Les accidents fébriles qui dérivent de la syphilis sont manifestement de deux ordres et composent ce qu'on peut appeler une *fièvre symptomatique* et une *fièvre essentielle*.

La première a son origine, sa cause, dans l'évolution d'un accident de la maladie.

La seconde se produit comme expression directe, immédiate, de l'infection, sans être reliée, subordonnée à tel ou tel accident contemporain de la maladie.

Ces deux types fébriles sont à la fois différents comme fréquence, comme pathogénie, comme évolution, comme durée, et aussi comme intérêt clinique. Quelques mots suffiront à caractériser le premier, tandis que le second devra nous occuper longuement.

I. — FIÈVRE SYMPTOMATIQUE. — Peu fréquente, et cela pour une raison très simple : c'est que les manifestations secondaires ont pour

caractère presque constant de se produire *à froid*, sans réaction, indépendamment de tout processus phlegmasique.

Parfois cependant il arrive qu'un molimen pyrétique prélude à certaines de ces manifestations ou les accompagne à leur début pendant un certain temps. C'est ainsi notamment que des accidents fébriles peuvent s'observer comme avant-coureurs des poussées éruptives de la période secondaire. Quelques syphilides (particulièrement celles qui sont remarquables par leur dissémination ou leur quasi-généralisation) se compliquent parfois de fièvre dans leur stade prodromique ou initial (*fièvre d'éruption*). — De même, on voit de temps à autre un certain ensemble fébrile se développer à l'occasion d'accidents spécifiques un peu aigus (iritis inflammatoire, périostite, arthrite, ténosite, pseudo-rhumatisme secondaire, adénopathies de forme suppurative, lymphangites, etc.), ou de complications incidentes.

Dans tous ces cas, il est bien évident que la fièvre qui coexiste avec de telles manifestations est déterminée par elles, qu'elle en est dépendante, qu'elle leur est subordonnée, bref et d'un seul mot qu'elle en est *symptomatique*.

Cette fièvre symptomatique n'offre rien de spécial comme caractères; elle ressemble à tout mouvement fébrile développé à l'occasion d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion quelconque. — Presque invariablement elle affecte le type continu. — Son intensité n'est jamais que médiocre ou moyenne. — Comme durée, enfin, elle est généralement courte. Éphémère en certains cas, elle ne dépasse guère au plus quatre ou cinq jours ; je ne l'ai vue que très exceptionnellement persister, avec des rémissions ou des reprises irrégulières, au delà de huit, dix ou douze jours.

Fièvre d'éruption. — Voilà le type le plus fréquent en l'espèce et de beaucoup le plus intéressant. Ce type consiste en un mouvement fébrile plus ou moins accentué qui prélude à l'invasion des syphilides et coexiste à leur épanouissement, pour tomber *sponte suâ* après une durée de quelques jours.

L'invasion fébrile s'observe-t-elle indifféremment avec toutes les syphilides secondaires? Non. Ainsi que je viens de le dire, elle s'observe presque exclusivement avec les syphilides généralisées, disséminées tout au moins, c'est-à-dire avec celles qui, par la multiplicité et l'éparpillement de leurs éléments éruptifs, tendent à se rapprocher des fièvres éruptives ou des pseudo-exanthèmes (roséole, syphilides papuleuses, syphilide herpétiforme ou varioliforme, etc.). Au contraire, elle fait défaut avec les syphilides régionales et circonscrites, telles, par exemple, que la syphilide palmaire.

Je produirai un spécimen de ces fièvres d'éruption. En l'espèce, il s'agit d'une roséole syphilitique qui a été précédée, puis accompagnée d'accidents fébriles. Or, le graphique reproduit ici nous permet de suivre exactement le processus morbide, à savoir :

Quatre jours avant l'apparition de la roséole, la température commence à s'élever (38°,2) ; — le second jour, elle atteint 38°,6 ; — puis 38°,7, le troisième ; — le quatrième, elle parvient à son apogée (39°,6), et c'est à ce moment précis que la roséole commence à poindre ; — tout aussitôt, la fièvre décroît, tout en subsistant encore

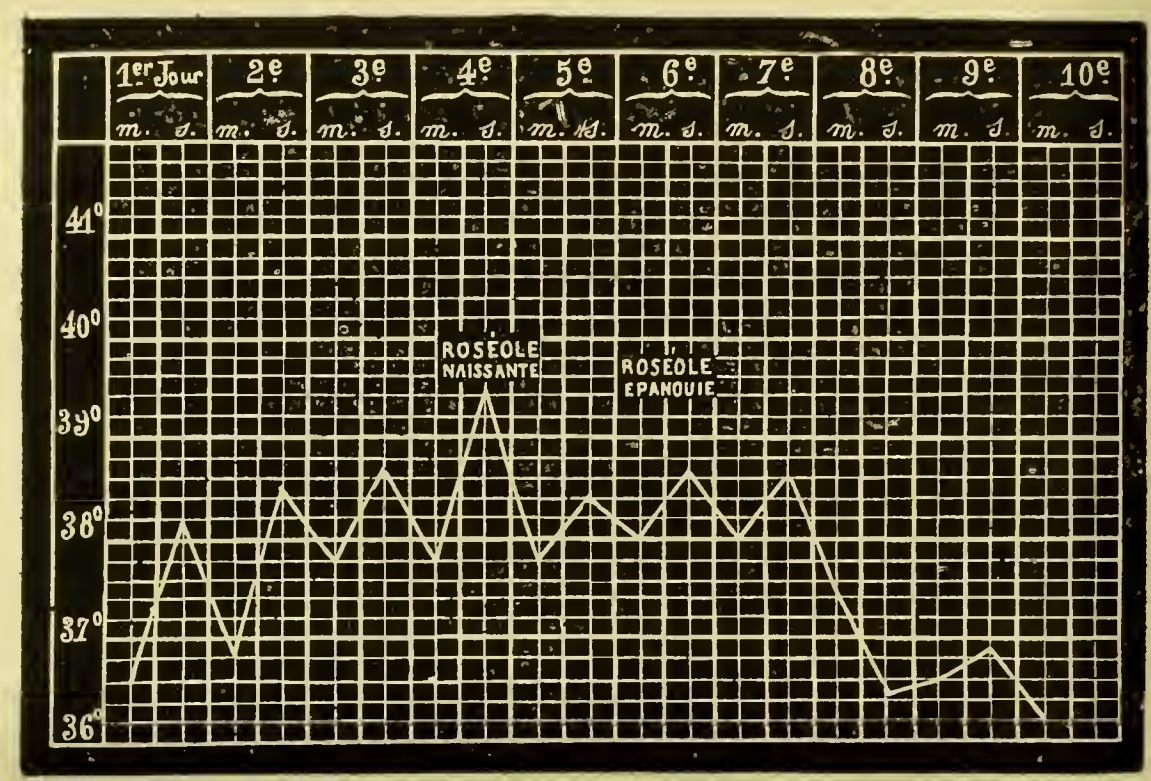

Fig. 1.

trois jours entre 38°,5 et 38°,8, laps de temps pendant lequel la roséole achève de s'épanouir. — Finalement, défervescence, à partir du huitième jour.

Cette courbe n'est-elle pas absolument significative, en montrant d'une façon aussi nette que possible la relation de la fièvre avec l'exanthème ? La fièvre est donc bien ici par excellence une *fièvre d'éruption*. Impossible de lui refuser ce caractère.

Or, ce qu'il importe de savoir pour la pratique, c'est que ces fièvres d'éruption de la syphilis sont l'origine de fréquentes *erreurs* diagnostiques, et cela toujours pour la même raison, à savoir parce qu'on se défie de la syphilis en tant qu'origine possible d'accidents fébriles, parce qu'étant donnée une fièvre, même chez un syphilitique, on commence toujours par exclure la syphilis comme cause possible de cette fièvre qu'on s'efforce de rattacher à n'importe quelle autre raison. En tout cas et quels qu'en soient les motifs, les erreurs surabondent à propos des fièvres en question. Quelques exemples ne seront pas inutiles à citer.

J'ai vu maintes fois des roséoles syphilitiques être prises, au moins à leur début, pour des « rougeoles frustes », des « rougeoles sans catarrhes », et cela en raison même des accidents fébriles qui leur avaient préludé et qui présidaient à leur éclosion.

L'année dernière, un malade de la ville est adressé à un hôpital comme affecté de variole. De cet hôpital on le dirige sur un service spécial de varioleux où il reste deux jours et d'où, alors, on nous l'expédie avec le diagnostic « syphilide ». Et, en effet, cette prétendue variole n'était qu'une syphilide papulo-acnéique, mais une syphilide dont l'invasion avait été marquée par un violent accès fébrile (39°,5), avec céphalalgie intense, myosalgies, rachialgie, etc.

Autre exemple, que j'emprunterai à l'un de mes distingués collègues et amis, le Dr Millard : Un malade arrive à l'hôpital Beaujon avec une fièvre intense et divers symptômes généraux qui éveillent le soupçon d'une dothiénentérie. — Deux jours ce diagnostic subsiste et semble se confirmer. — Mais, voici que, le troisième jour, apparaissent sur le corps de petites taches rosées, légèrement saillantes. On croit, après mûr examen, à une variole. — Puis, ces taches se développent et aboutissent en définitive à une splendide syphilide papuleuse, en même temps que la défervescence s'établit et que tous les autres phénomènes sympathiques s'évanouissent.

De telles erreurs sont le plus souvent des *surprises*, parce qu'on ignore les antécédents spécifiques des malades ou parce qu'on ne songe pas à les rechercher à propos d'une scène morbide qui semble n'avoir rien de commun avec la syphilis. Mais, d'autres fois, la méprise ou tout au moins l'impossibilité d'un diagnostic précis se produit en pleine connaissance de cause des antécédents, et cela parce que la fièvre spécifique peut se produire avec une allure, une physionomie qui rappelle absolument la fièvre prodromique des grandes pyrexies. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, que, dans un cas observé par le Dr Jullien, la fièvre prodromique d'une syphilide donna le change pour une fièvre prodromique de variole. La température dépassait 40° ; le pouls était fréquent, et la face extrêmement congestionnée; le malade accusait une céphalée intense et de la rachialgie; la prostration était absolue, etc. Si bien que M. Jullien, quoique sachant son malade syphilitique de fraîche date et s'attendant à une explosion spécifique, dut suspendre tout diagnostic jusqu'au quatrième jour, se demandant s'il allait avoir affaire à une syphilide ou à une variole. Puis, au quatrième jour, surgit une éruption qui ne fut autre qu'une syphilide pustuleuse, et la défervescence se fit alors brusquement.

II. — FIÈVRE ESSENTIELLE ou FIÈVRE SYPHILITIQUE proprement dite. — Celle-ci, je le rappelle, diffère essentiellement de la précédente en ce qu'elle se produit indépendamment de toute lésion, de toute manifestation capable de la motiver, de l'expliquer. Elle se produit à la façon d'un symptôme ayant son individualité propre, et paraît procéder directement de l'infection sans intermédiaire appréciable.

Elle est beaucoup plus commune que la fièvre symptomatique.

Échéance d'invasion. — La fièvre syphilitique paraît être une affection d'ordre à peu près exclusivement *secondaire*. On ne l'observe en effet ni avant la période secondaire, c'est-à-dire dans l'étape du chancre, ni au delà (sauf exceptions bien rares), c'est-à-dire en étape tertiaire. C'est donc, peut-on dire, un accident de syphilis jeune, de syphilis dans ses deux ou trois premières années.

Elle a, dans le stade secondaire, une époque de prédilection, à savoir *les premiers mois* (du troisième au sixième, tout au plus au huitième). — Elle peut même être très précoce. Ainsi, sur l'une de mes malades, qui avait été affectée de chancre dans les derniers jours du mois d'août, elle est apparue vers le 15 octobre, c'est-à-dire cinquante jours environ après le début même de l'infection.

Conditions étiologiques. — Une seule nous est bien connue et paraît prédominante en l'espèce, à savoir celle du *sexe*.

L'homme n'est que rarement affecté par la fièvre syphilitique. — Et, de plus, quand il en est affecté, il ne la présente jamais que dans ses types légers.

La femme, au contraire, est éminemment sujette à la fièvre syphilitique, et c'est chez elle exclusivement qu'on en observe les types sérieux, importants, prolongés, typhoïdiques.

Toutes les femmes n'y sont pas également prédisposées. On sait déjà par ce qui précède que la fièvre syphilitique est surtout l'apanage des femmes jeunes, nerveuses de tempérament, ou des femmes affectées de syphilis à forme nerveuse.

Formes cliniques. — La fièvre syphilitique est loin de se présenter toujours sous la même forme. D'abord, elle comporte des variétés nombreuses comme intensité de symptômes, c'est-à-dire comme accélération du pouls et élévation de la température, comme troubles sympathiques, comme durée, comme physionomie générale, etc. De plus (et ceci a une bien autre importance), elle est susceptible de *types* différents. Ainsi, tantôt elle procède par accès fébriles intermittents, séparés les uns des autres par une période intercalaire d'apyrexie; — tantôt elle prend le type d'une fièvre continue, avec ou sans exacerbations distinctes; tantôt, enfin, elle n'affecte plus qu'une marche irrégulière, presque désordonnée.

En autres termes, elle se présente cliniquement sous *trois formes*, à savoir :

1° Une forme intermittente;

2° Une forme continue;

3° Une forme atypique.

I. — **Forme intermittente (fièvre intermittente syphilitique).** — Le type intermittent est sans contredit celui qu'affecte le plus fréquemment la fièvre syphilitique de forme essentielle.

Il se caractérise nettement par une série d'*accès fébriles* plus ou moins réguliers comme apparition, souvent même périodiques,

presque toujours quotidiens, presque toujours aussi vespérins ou nocturnes, et séparés les uns des autres par des intervalles d'apyrexie complète.

Quelques détails.

Ces accès fébriles, tout d'abord, sont constitués par les phénomènes qui sont les éléments essentiels, communs, de toute fièvre, à savoir : accélération du pouls, élévation de la température, sentiment de malaise général, céphalalgie, brisement, troubles sympathiques, etc.

Dans leur forme la plus complète, ils se rapprochent plus ou moins de l'accès fébrile d'origine palustre, en ce sens qu'ils peuvent être décomposés en trois stades successifs où prédominent tour à tour le froid, la chaleur et les sueurs. Mais ils n'affectent que très rarement cette forme *parfaite*, s'il m'est permis de la qualifier ainsi. Ce serait donc une erreur grave que de donner l'accès palustre comme un représentant fidèle de l'accès syphilitique. Celui-ci, tout au contraire, diffère à plus d'un titre de celui-là. Il en diffère notamment en ce qu'il est : 1° moins complet ; — 2° moins régulier, moins méthodique comme évolution ; — 3° bien plus varié comme symptômes, comme physionomie générale.

Moins complet, ai-je dit en premier lieu. L'accès palustre, en effet, est toujours constitué par trois stades bien nets et bien distincts : stade de froid initial, stade de chaleur intermédiaire, stade terminal de sueurs. Inversement, l'accès syphilitique ne présente ces trois phases successives que d'une façon tout à fait exceptionnelle. C'est, d'abord, le stade initial qui y fait défaut presque toujours ; du moins il ne consiste le plus souvent qu'en un refroidissement trop passager, trop éphémère pour mériter le nom de stade. Les frissons, de plus, y sont remplacés par de simples frissonnements. — C'est ensuite le stade terminal qui, au lieu de s'accuser, comme dans la fièvre paludéenne, par une sudation abondante et prolongée, est habituellement très court et constitué seulement par une simple moiteur, une humectation légère et partielle des téguments. — De sorte que souvent, voire le plus souvent, l'accès fébrile syphilitique se réduit en somme à un stade unique, celui de *chaleur*. Pour mieux dire, c'est l'élément chaleur qui est le phénomène essentiel de la fièvre intermittente syphilitique, où le froid et les sueurs ne figurent que comme éléments éventuels et subordonnés. — Les malades, du reste, traduisent ce fait par la façon même dont elles qualifient leurs accès sous les noms de « *fièvre en chaud*, de *chaleurs nocturnes*, d'*ardeurs nocturnes* qui les dévorent », etc. Presque jamais elles ne se plaignent de frissons ou de sueurs qu'au titre de phénomènes accessoires et notablement plus rares.

Secondement : l'accès syphilitique est *bien moins régulier*, *bien moins méthodique comme évolution* que l'accès palustre. Ce dernier,

du moins dans ses formes franches, procède avec une sorte de ponctualité mathématique. Chacun de ses stades évolue en son temps, à son heure, prend la scène à terme fixe et la quitte à point nommé. L'accès palustre est, comme on l'a dit, « un drame en trois actes » où les situations se succèdent avec une régularité parfaite, sans confusion, sans empiétement réciproque. Tout autre est l'accès syphilitique. Ici, moins d'ordre, moins de méthode. Tantôt, comme nous l'avons vu, c'est un stade qui fait défaut, et il se peut même que deux stades manquent à l'appel; — tantôt c'est un stade qui prend le pas sur celui auquel il devait succéder; — tantôt enfin, et cela même est le cas le plus commun, les divers stades se confondent, se mêlent, s'enchevêtrent. Ainsi, l'une des formes les plus communes de la fièvre syphilitique est celle où l'accès consiste d'un bout à l'autre en une *chaleur continue, passagèrement entrecoupée de frissons intermittents.* Il n'est pas rare non plus que les sueurs, au lieu d'être terminales, se manifestent au milieu de l'accès, et cela une ou plusieurs fois, sans ordre, sans méthode.

En troisième lieu, l'accès syphilitique est bien autrement susceptible de *variétés* que l'accès palustre. Il est bien moins que ce dernier identique avec lui-même, soit d'un sujet à un autre, soit d'un jour à l'autre sur le même sujet. Ici, par exemple, il affectera une allure assez régulière; là, il sera tout à fait désordonné. Complet ou presque complet chez celui-ci, il sera fruste chez celui-là. Aujourd'hui la chaleur seule aura composé l'accès; demain des frissons plus ou moins intenses, plus ou moins répétés, se mêleront à la scène; après-demain, viendra le tour des sueurs qui, nulles jusqu'alors, seront assez abondantes. Puis encore l'accès d'un jour sera assez intense et celui d'un autre presque avorté.

Ajoutez à cela que l'accès syphilitique est très variable aussi comme *durée.* Assez long chez tel sujet, se prolongeant par exemple pendant toute une nuit, il peut être très court chez tel autre, au point de s'évanouir en une ou deux heures et de ne plus faire, pour ainsi dire, que paraître et disparaître. En ce point encore il diffère de l'accès palustre, lequel affecte presque toujours une durée plus fixe et mieux déterminée.

Ce n'est pas tout. Trois autres caractères distinguent encore l'accès syphilitique de l'accès palustre, et ceux-ci, comme on va le voir, n'offrent pas un intérêt diagnostique moindre que les précédents.

1° La fièvre syphilitique est presque toujours *quotidienne* ou *atypique.*

En autres termes, ou bien elle affecte un type, et c'est le type quotidien; ou bien elle est assez désordonnée pour ne rentrer dans aucun type. — Je ne l'ai jamais vue prendre le type tierce, non plus, bien entendu, que le quarte. Inutile de signaler combien, à ce point

de vue, elle se sépare de la fièvre palustre, pour laquelle le type tierce est si commun.

Parfois encore elle peut faire accidentellement deux accès en un jour. Cela est assez rare.

2° La fièvre intermittente syphilitique est presque toujours *vespérine* ou *nocturne*. Elle se manifeste soit vers la chute du jour, vers cinq, six à huit heures du soir, soit, plus souvent, dans le cours de la nuit. Il est bien moins fréquent que ses accès se produisent pendant le jour.

Ce caractère de **fièvre vespérine** ou **nocturne** est important à noter au point de vue diagnostique. Et, en effet, s'il est commun à la plupart des fièvres dites symptomatiques (exemples : fièvre tuberculeuse, fièvre d'infection ou de suppuration, etc.), il est exceptionnel pour les fièvres palustres. Il doit donc, en toutes circonstances, éveiller l'attention, et je crois pouvoir poser en principe que, dans tous les cas où la nature d'accès intermittents nocturnes se présente à déterminer, la syphilis doit être tenue en ligne de compte comme origine possible de ces accès.

3° Enfin la *rate*, presque toujours développée dans les accès de fièvre palustre, reste normale dans la fièvre intermittente syphilitique. J'ai scrupuleusement observé mes malades à ce point de vue, en prenant soin de mesurer la rate par une percussion méthodique. Or, je puis affirmer que je n'ai presque jamais constaté le moindre excès de volume de ce viscère, soit pendant les accès, soit dans la période apyrétique intercalaire.

Durée. — La forme intermittente de la fièvre syphilitique est celle qui se dissipe le plus rapidement, même alors qu'elle n'est pas traitée. Nombre de malades en guérissent spontanément après quelques accès, et tous en guériraient de la sorte, j'en suis persuadé, après une durée variable.

Cependant il est assez commun qu'elle persiste un temps assez long, plusieurs semaines par exemple. Et parfois elle est plus tenace encore. Ainsi, l'une de mes malades est restée sujette, pendant *trois mois* avant son entrée à l'hôpital, à des accès fébriles nocturnes d'origine manifestement syphilitique. Une autre, dont je parlerai tout à l'heure, a conservé pendant *sept mois* (avec intermissions, il est vrai) des accès du même genre.

D'autre part, cette fièvre est éminemment sujette à *récidives*. Je l'ai vue très fréquemment se reproduire une ou plusieurs fois, soit après s'être éteinte spontanément, soit après avoir cédé à une action thérapeutique.

Traitement. — Le mercure est ici le traitement par excellence. — L'iodure n'est, par rapport à lui, qu'un auxiliaire de second rang; parfois cependant il peut lui être utilement associé, en raison surtout de son influence particulièrement active sur divers symptômes

qui accompagnent fréquemment la fièvre, tels que céphalalgie, douleurs musculaires, etc.

Les fébrifuges ordinaires (sulfate de quinine, bromhydrate de quinine, antipyrine, etc.) ne sont pas dépourvus d'action contre la fièvre syphilitique. Mais leur action est incertaine, infidèle, peu puissante, parfois nulle; en tout cas, elle ne saurait en rien être comparée à celle de la médication spécifique. Qu'on en juge par le fait suivant.

Une jeune femme contracte la syphilis de son mari presque immédiatement après son mariage. Cette syphilis reste méconnue pendant sept mois, et s'accuse notamment par tout un cortège de symptômes des plus pénibles : céphalée intense, douleurs névralgiformes multiples, douleurs vagues dans les membres, arthralgies, pleurodynie, et surtout accès fébriles nocturnes très accentués. Des médications de tout genre sont prescrites tour à tour, notamment les sels de quinine, l'antipyrine, l'arsenic, etc., etc. Peine perdue. Tous les symptômes et spécialement les accès fébriles persistent. Enfin, par bonheur, survient une éruption à propos de laquelle on me fait l'honneur de me consulter et que je n'ai ni peine ni mérite à reconnaître pour la plus franche des syphilides. On prescrit alors le protoiodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium (2 grammes par jour). Sept jours après — et cela très exactement, car j'ai conservé les dates (du 13 au 20 juin) -- symptômes douloureux et accès fébriles avaient absolument disparu, et cela pour ne plus jamais reparaître. — Ainsi donc, le traitement spécifique avait fait en *sept jours* ce que n'avaient pas réalisé les médications vulgaires en *sept mois*. Parallèle plus que démonstratif.

Résumé. — En somme, la forme intermittente de la fièvre syphilitique peut se caractériser de la façon suivante :

1° C'est une fièvre spécifique, consistant en des accès fébriles *intermittents*.

2° Ces accès offrent ceci d'assez particulier qu'ils sont le plus souvent *quotidiens* et *nocturnes*.

3° Ils ne s'accompagnent pas de développement splénique.

4° Leur forme la plus habituelle est celle d'un stade de chaleur constituant presque tout l'accès, stade irrégulièrement entrecoupé de frissonnements (plutôt que de frissons) et de poussées de moiteur (plutôt que de grandes sudations) passagères ou terminales.

5° Ces accès se jugent spontanément ou cèdent en quelques jours à l'action du traitement spécifique. Ils constituent à ce titre la forme la plus bénigne de la fièvre syphilitique.

6° Le traitement mercuriel, associé ou non à l'iodure, constitue leur médication véritable.

Diagnostic. — Toute confusion serait véritablement impossible entre la fièvre intermittente syphilitique et les fièvres intermittentes symptomatiques de suppuration, d'infection, de tuberculose ou de

cachexie, car ces dernières se produisent dans des conditions qui, par elles-mêmes, sont dénonciatrices.

Mais une méprise n'est pas impossible avec la fièvre intermittente palustre de forme bénigne. J'ai vu plusieurs fois la fièvre syphilitique être considérée comme une fièvre intermittente palustre « qu'on ne savait à quoi rapporter », mais qu'on admettait par exclusion et faute de mieux, c'est-à-dire en l'absence d'une interprétation meilleure. Il y a donc là, en nombre de cas, un diagnostic différentiel à établir, diagnostic dont les éléments se trouvent résumés dans le tableau suivant :

Accès intermittent syphilitique.	**Accès intermittent palustre.**
I. — Presque toujours *quotidien* ; — non susceptible des types tierce, quarte, etc.	I. — Quelquefois quotidien, mais plus souvent *tierce*, surtout dans les formes franches et au début de l'infection.
II. — Presque toujours *vespérin* ou *nocturne*.	II. — *Diurne* le plus habituellement.
III. — Accès généralement *incomplet*, *fruste*, en ce sens qu'il n'est presque jamais composé par les trois stades classiques de l'accès paludéen. — Stade de froid et stade de sueurs faisant presque toujours défaut. — Stade de *chaleur* toujours prédominant comme intensité de phénomènes et comme durée.	III. — Accès généralement complet, c'est-à-dire composé par *trois stades* successifs, dans chacun desquels prédomine un phénomène spécial.
IV. — Accès presque toujours *irrégulier*, quelquefois même désordonné (stades confondus ou intervertis ; — phénomènes différents des divers stades souvent associés et enchevêtrés).	IV. — Accès *méthodique* comme évolution (stades nettement tranchés et distincts, se succédant avec une régularité parfaite).
V. — Accès *très variable comme forme*, comme physionomie générale, soit d'un sujet à un autre, soit d'un jour à l'autre sur le même sujet.	V. — Accès généralement *uniforme*, semblable à lui-même, soit d'un malade à un autre, soit sur le même sujet.
VI. — Accès à *durée généralement bien moindre* que celle de l'accès palustre, variable d'ailleurs, et souvent assez courte.	VI. — Accès en général *assez long*.
VII. — Jamais de développement de la *rate* (sauf exceptions ou coïncidences).	VII. — Presque invariablement, développement appréciable de la *rate*.
VIII. — Accès *rebelle au sulfate de quinine*, mais très sensible à l'action du *mercure*.	VIII. — Accès très sensible à l'action du *sulfate de quinine*, insensible à celle du mercure.
IX. — Pas d'étiologie de paludisme.	IX. — Étiologie de paludisme.
X. »	X. — Possibilité de découvrir dans le sang l'hématozoaire de Laveran.

II. — **Forme continue. — Fièvre continue syphilitique.** — Forme beaucoup moins fréquente que le type précédent ; — ne laissant pas cependant d'être encore assez commune.

Elle consiste en un mouvement fébrile de type continu, durant pour le moins plusieurs jours et susceptible de se prolonger plusieurs septénaires.

Pour donner immédiatement une idée de ce qu'elle est, je dirai qu'elle se rapproche étrangement comme allure, comme physionomie

générale, de la fièvre continue simple, de l'ancienne *synoque*. On la prendrait facilement pour une synoque en nombre de cas. Et de cela voici une double preuve : c'est, d'abord, que jusqu'à nos jours on l'a considérée comme une synoque greffée d'aventure sur une syphilis secondaire ; — c'est, en second lieu, qu'il est vraiment difficile parfois de la différencier d'une fièvre continue simple.

Caractères cliniques. — Quatre ordres de symptômes la constituent, à savoir : élévation de la température ; — accélération du pouls ; — malaise général ; — troubles sympathiques de diverses fonctions. — Rien de spécial, à coup sûr, dans un tel ensemble, qui forme le fonds commun de tout état fébrile ; mais voyons comment il se présente en l'espèce.

I et II. — L'élévation de température et l'accélération du pouls ne dépassent guère en général une moyenne peu élevée. Ainsi, dans la plupart des cas, le pouls se tient entre 96 et 100°, et la température axillaire entre 37°,5 et 38°,5. Habituellement donc, la fièvre syphilitique a pour caractère d'être *modérée*.

Mais il est un certain nombre de cas où les phénomènes fébriles dépassent et de beaucoup cette moyenne. Il n'est pas rare, d'abord, que le pouls s'élève à 120, 125 ; — quelquefois il marque 130, 135, 140 ; — exceptionnellement je l'ai vu monter à 144, 148, 150.

Parallèlement aussi, on observe chez nombre de malades des températures axillaires de 39°, — 39°,5, — 39°,8 ; — plus rarement le thermomètre atteint ou dépasse 40° ; — en quelques occasions, seulement, j'ai trouvé jusqu'à 41°, — 41°,3, — et même 41°,7.

Donc, il se peut que la fièvre syphilitique, loin d'être modérée, atteigne les proportions d'un état fébrile *intense*, comparable, par exemple, à celui qui accompagne la phlegmasie d'un organe important ou qui caractérise une pyrexie.

Cependant, quelque intensité qu'elle affecte, la fièvre de la syphilis revêt toujours des caractères très différents de ceux d'une fièvre inflammatoire, « angéioténique », comme disaient nos pères. Ainsi, le visage, loin d'être injecté et vultueux, reste le plus souvent pâle, décoloré. — L'habitus exprime bien moins l'excitation que l'alanguissement, la dépression, l'atonie. — Le pouls n'est jamais ample, fort, développé ; moyen au plus comme intensité, il est souvent faible, mou, dépressible. Plusieurs fois même je l'ai trouvé petit et presque misérable.

Autre remarque digne d'un certain intérêt. La fièvre syphilitique n'a pas une teneur aussi uniforme que celle des autres fièvres continues. La chaleur fébrile y est souvent entrecoupée soit de frissons, d'horripilations passagères, avec ou sans refroidissement des extrémités, soit encore de poussées sudorales, de sueurs générales ou partielles. Il est rare qu'on observe une semblable mobilité de phénomènes dans les fièvres vulgaires, non diathésiques.

III. — Le *malaise général*, commun à toutes les fièvres, ne fait pas défaut dans la fièvre syphilitique. Chez presque tous les malades on observe un état plus ou moins accentué de courbature, de lassitude, de brisement, d'affaissement, de céphalalgie, etc. Parfois cependant ce malaise est bien moindre qu'il ne devrait être par rapport avec l'élévation de la température et du pouls, et l'on est frappé d'un contraste évident entre ces derniers symptômes et l'habitus presque physiologique des malades. Certains sujets n'ont de la sorte, pour ainsi dire, que les symptômes fébriles de la fièvre syphilitique, sans être touchés parallèlement dans leur état général.

IV. — Enfin, comme troubles sympathiques, ce qu'on observe usuellement est ceci : troubles gastriques ; — langue grisâtre, mais grisâtre seulement, sans offrir l'aspect blanc, étalé, saburral, de l'embarras gastrique fébrile ; — diminution de l'appétit, ou même, ce qui est plus rare, inappétence absolue ; — constipation légère ; — troubles nerveux, très variables comme caractère et comme intensité : insomnie ; douleurs vagues et mobiles ; irritabilité, « agacement des nerfs », comme disent les malades, spasmes, nervosité, etc.

Ici, une curieuse éventualité consiste dans l'intégrité possible des fonctions digestives ; c'est-à-dire qu'on peut observer, coïncidemment avec un état fébrile plus ou moins accentué, un *appétit normal* et une *langue exempte de saburres*. Une telle anomalie m'a trop vivement frappé, alors que je poursuivais mes recherches à Lourcine sur la fièvre syphilitique, pour que je ne l'aie pas étudiée de près et avec un intérêt scrupuleux. Or, pour l'avoir bien des fois nettement constatée, je puis la donner comme un fait certain, irrécusable, qui ne laisse pas de conférer à la fièvre de la syphilis une note toute particulière.

Il n'est même pas impossible (mais ceci seulement à titre d'exception) qu'avec la fièvre spécifique coïncide une exagération morbide de l'appétit que j'aurai à décrire plus tard sous le nom de boulimie secondaire. Une jeune malade de mon service était affectée de manifestations secondaires multiples, au nombre desquelles figurait une fièvre fortement accentuée. Or, coïncidemment avec une température qui oscillait entre 39° et 39°,8, cette femme ne cessait d'accuser un appétit vorace, disait « souffrir incessamment de la faim », et absorbait une quantité d'aliments bien supérieure à celle qui lui suffisait en état de santé. — Guntz a observé de même la coïncidence étonnante de ces deux phénomènes, fièvre et boulimie.

Durée. — Variable, et variable en des limites très espacées. Ainsi tantôt elle ne dépasse pas quelques jours (trois, quatre, cinq jours) ; — tantôt elle atteint un septénaire ; — tantôt elle excède deux et jusqu'à trois septénaires ; — enfin, chez quelques malades on a vu la fièvre syphilitique continue se prolonger, avec des rémissions ou des intermissions irrégulières, jusqu'à quatre, cinq, six, sept et huit semaines.

A l'appui de cette dernière assertion, il ne sera pas sans intérêt de produire ici quelques spécimens de ces fièvres prolongées.

I. — Voici d'abord un cas dans lequel une fièvre syphilitique bien franche, bien légitime, persista *deux septénaires*, avec une élévation

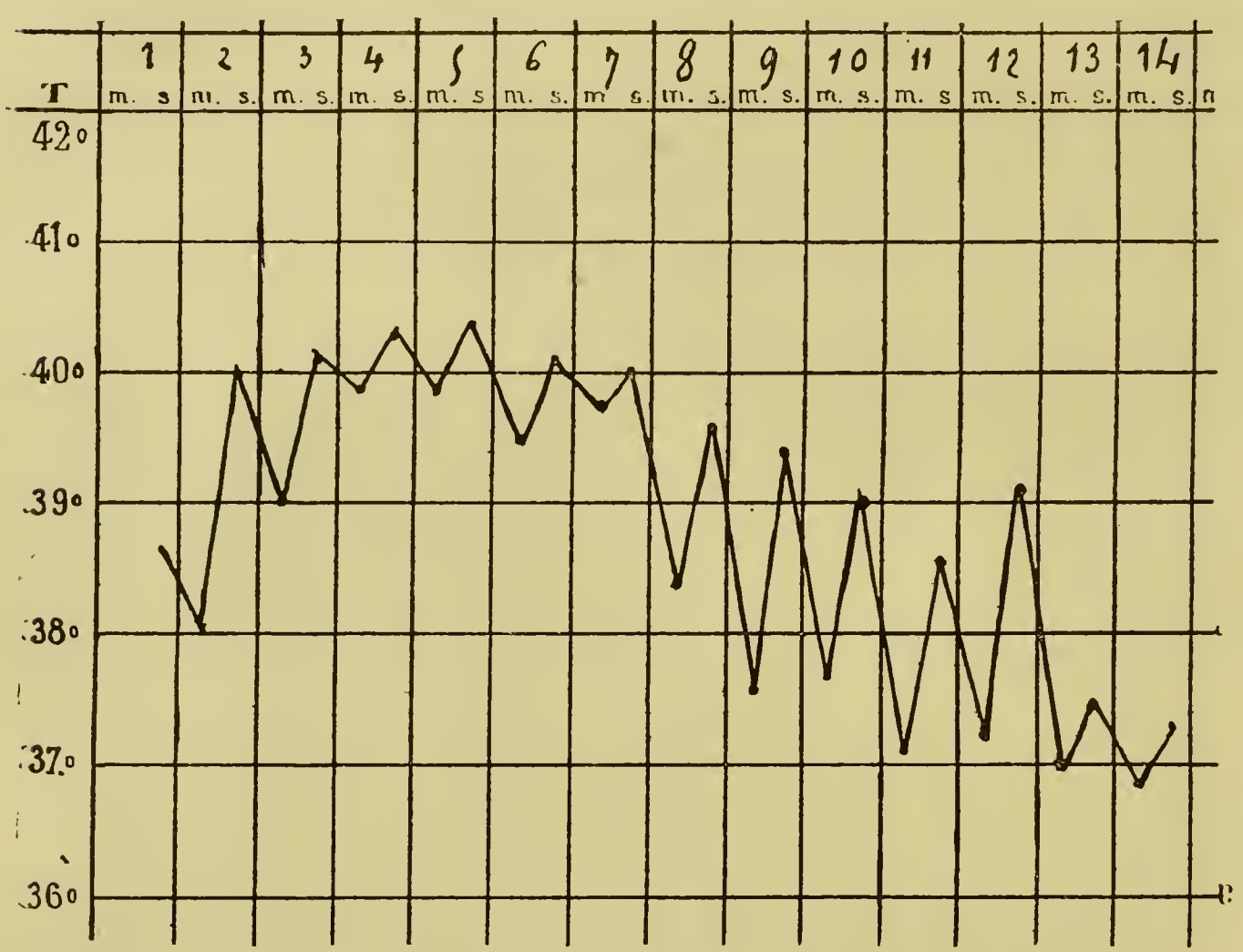

Fig. 2.

assez considérable de la température, qui pendant six jours affleura ou dépassa même 40 degrés.

II. — Dans le cas suivant, qui ne fut pas moins net comme diagnostic, la fièvre persista *trente-quatre jours*, avec les températures suivantes :

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
4e jour.	37,8	38	20e jour.	37,7	38
5e —	37,8	38,2	21e	38,1	38,4
6e —	38,1	38,3	22e —	38,4	38,3
7e —	37,3	38,3	23e —	37	38,3
8e —	37,7	38,2	24e —	37,7	38,3
9e —	38	38,7	25e —	38	38,5
10e —	37,7	38	26e —	37,5	38,2
11e —	38,1	39	27e —	37,8	37,5
12e —	38,7	39,9	28e —	37,6	37,7
13e —	38,8	40,2	29e —	37,6	38
14e —	38,5	38,7	30e —	37,3	38
15e —	38	38,1	31e —	37,7	38,3
16e —	37,8	37,9	32e —	37,3	38,1
17e —	38	38,1	33e —	37,6	37,8
18e —	38	38,3	34e —	37,5	37,8
19e —	37,6	37,5			

Au delà, apyrexie

III. — Sur une autre de mes malades, une fièvre spécifique ne dura pas moins de *trente-neuf jours*, en s'élevant à 40° pour quatre à cinq jours.

IV. — Enfin, la durée maxima que j'ai observée jusqu'ici est de *cinquante jours*. Dans ce cas, il est vrai, l'élévation de la température ne fut pas excessive, puisqu'elle n'atteignit ou ne dépassa que rarement 38 degrés. Cependant elle se maintint à 38 degrés et au delà pendant vingt-quatre jours au moins sur cinquante.

(4 jours de fièvre antérieure.)	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
5e jour.	37,6	38	28e —	37	37,6
6e —	36,9	38,5	29e —	37,3	37,5
7e —	37	39	30e —	37,2	38
8e —	37,8	37,9	31e —	37	37,2
9e —	37,6	38,1	32e —	37	37,8
10e —	37	38	33e —	37,2	38,2
11e —	37	37,6	34e —	37,8	38,6
12e —	38	38,1	35e —	37,2	38
13e —	37,5	38	36e —	37,5	38,6
14e —	37,4	37,8	37e —	37,4	37,7
15e —	38	38	38e —	37,8	37,5
16e —	37,2	37	39e —	37	38
17e —	37,4	38,4	40e —	37,2	38,5
18e —	37,6	38,6	41e —	37,4	38
19e —	37	38,2	42e —	37	38
20e —	37,6	38,4	43e —	37,5	37,6
21e —	37,4	39	44e —	37,8	38,2
22e —	37,4	38,6	45e —	37	37,8
23e —	37,2	39,6	46e —	37	38
24e —	37,5	38,5	47e —	37,4	37,8
25e —	37,4	37	48e —	37,2	37,8
26e —	37	37,6	49e —	37,2	36,9
27e —	37	37,5	50e —	36,7	

Il se peut donc ainsi que, du fait seul de la syphilis, un malade reste *alité et fébricitant pendant plusieurs semaines*, tout comme s'il était sous le coup d'un état aigu de longue durée, d'une pyrexie, d'un rhumatisme, d'une fièvre typhoïde (1). Il se peut donc que la syphilis, maladie qu'on a l'habitude de représenter comme essentiellement apyrétique, détermine des états fébriles *prolongés*, prolongés jusqu'au point d'égaler ou même de dépasser la durée moyenne des affections le plus franchement pyrétiques.

Cela, j'en conviens, est peu conforme à la tradition, voire aux idées du jour; mais cela ressort de l'observation, cela est clinique et irrécusable.

Diagnostic. — Il va sans dire que *toute fièvre qui se développe sur un sujet syphilitique n'est pas par cela même syphilitique*. Lors donc que, sur un sujet syphilitique, on est appelé à déterminer la nature d'un mouvement fébrile, il incombe, avant de rapporter ce mouve

(1) V., à ce sujet, divers graphiques de température reproduits dans la thèse inaugurale de M. le Dr Morin, *Typhose syphilitique*, Paris, 1888.

ment fébrile à la syphilis, de rechercher et d'éliminer une à une toutes les causes, *quelles qu'elles soient*, qui pourraient avoir servi d'origine à de tels symptômes. Ce diagnostic préalable, diagnostic *d'exclusion*, s'impose dans tous les cas. Il ne sera réalisé que par un examen complet, intégral, du malade, par une revue minutieuse de ses antécédents, par une analyse méthodique de tous les troubles morbides.

En l'espèce, il est un état pathologique qu'il y a souvent difficulté réelle à différencier de la fièvre continue syphilitique (en dehors, bien entendu, de ces cas à longue durée dont je parlais à l'instant). C'est l'affection si commune et encore si mal déterminée qu'on appelait jadis la *synoque* (*synochus imputris* des anciens) ou l'embarras gastrique fébrile, et que depuis on a débaptisée sous les noms divers de fièvre continue simple, catarrhe aigu d'estomac, fièvre gastrique, etc. Trois ordres d'analogie la rapprochent de la fièvre syphilitique à forme continue, à savoir : De part et d'autre, 1° mouvement fébrile, de type continu et d'intensité généralement modérée ; — 2° troubles généraux multiples : inappétence, malaise, lassitude, courbature musculaire, céphalalgie, etc. ; — 3° absence de tout autre symptôme mieux accusé et nettement caractéristique. — En sorte qu'il est souvent délicat, voire impossible d'instituer un diagnostic précis entre ces deux entités morbides. Pour ma part, je déclare qu'il m'est arrivé maintes fois, après avoir assisté à toute l'évolution d'un mouvement fébrile sur un syphilitique, de ne pas savoir si j'avais eu affaire à une synoque ou à une fièvre continue spécifique.

Le plus habituellement, toutefois, ce diagnostic pourra être déterminé par les trois considérations que voici :

1° *Troubles digestifs bien plus fortement accentués dans la synoque que dans la fièvre syphilitique.* — Ainsi, dans la synoque : anorexie absolue, et même (ce qui est un degré supérieur à l'anorexie) dégoût, répulsion véritable pour tous les aliments ; — amertume spéciale de la bouche ; — soif vive, avec appétence pour les boissons acidules ; — souvent aussi nausées et quelquefois vomissements.

Certes, des symptômes de même ordre peuvent bien exister dans la fièvre syphilitique, mais ils y sont toujours bien moins accentués. Il y a inappétence, certes, chez nos malades ; mais il n'y a pas dégoût, répulsion pour les aliments ; la plupart supportent, sollicitent même quelques aliments légers, tels que les potages. — Chez eux, de plus, les nausées sont rares et les vomissements exceptionnels.

Se rappeler, d'autre part, qu'en certains cas (très rares, à la vérité) l'appétit peut être à peu près conservé, voire exagéré (boulimie secondaire).

2° Comme corollaire, *état saburral bien autrement accusé dans la synoque que dans la fièvre syphilitique.*

Dans la synoque, langue *spéciale*, peut-on dire ; langue de l'embar-

ras gastrique par excellence, à savoir langue étalée, large, blanche, absolument blanche, comme couverte d'une « neige sale », en un mot, saburrale au plus haut degré.

Dans la fièvre syphilitique, langue tout au plus grisâtre et légèrement chargée; quelquefois même, langue presque normale et exempte de saburres. — Ce dernier signe est parfois nettement différentiel.

3° A un moment donné de la maladie, *signe diagnostique formel résultant de la durée.* — La synoque, en effet, ne dépasse guère sept, huit à neuf jours. La fièvre syphilitique, au contraire, est susceptible, comme nous l'avons vu, de se prolonger plusieurs septénaires.

(Je ne parle pas ici — et pour cause — des fameuses taches bleues ou ardoisées qu'on avait données jadis comme caractéristiques ou presque caractéristiques de la synoque; car il est actuellement reconnu qu'elles sont purement et simplement d'origine phthiriasique.)

Variété : **Typhose syphilitique**. — Que l'on suppose une fièvre continue syphilitique se compliquant de ces symptômes d'asthénie spécifique que j'ai décrits précédemment, et l'on aura, comme résultat de cette combinaison, un état fébrile adynamique rappelant l'allure, la physionomie de la fièvre typhoïde. Eh bien, ce type se réalise parfois en clinique. Je lui ai donné le nom de typhose secondaire.

Ce qui caractérise cette typhose est ceci :

D'une part, tous symptômes usuels de la fièvre continue spécifique, mais plus intenses que dans la moyenne courante, à savoir : température oscillant entre 38,5, 39 et 40° ; — pouls variant entre 110 et 120 ; — céphalalgie vive ; — troubles sympathiques bien accentués : langue saburrale, soif, inappétence; — étourdissements, état vertigineux dès que le malade s'assied sur son lit, etc.

Et, d'autre part, tous phénomènes d'adynamie : perte des forces, accablement, prostration véritable ; — état asthénique de toutes les fonctions ; — pouls mou, dépressible ; — paresse des sens ; — certaine hébétude intellectuelle, engourdissement, torpeur, somnolence, etc.

Une telle combinaison de symptômes ne réalise-t-elle pas l'ensemble clinique par lequel se traduit la fièvre typhoïde ? Aussi bien est-elle des plus trompeuses. La première impression qu'en reçoit le praticien est toujours celle d'un état typhoïde, voire d'une fièvre typhoïde, et il faut vraiment un examen *complet* de la scène morbide pour se défendre en l'espèce contre une erreur plus que facile à commettre.

D'autant que deux autres conditions favorisent encore la méprise, à savoir : l'*âge* du malade et la *durée* de la maladie. Cette typhose syphilitique s'observe, en effet, presque toujours sur de jeunes sujets, c'est-à-dire à l'âge où la fièvre typhoïde est le plus commune. D'autre part et surtout elle est particulièrement trompeuse par sa

longue durée. N'a-t-on pas dit que, dans nos climats, toute fièvre continue qui se prolonge au delà d'un septénaire est presque sûrement une fièvre typhoïde? Or, la typhose secondaire ne persiste guère moins d'une quinzaine de jours ; très souvent elle atteint trois septénaires ; parfois même elle dépasse ce terme pour se prolonger jusqu'à quatre, cinq et six semaines.

J'ajouterai encore que la présence possible sur la peau de quelques fines papules rosées d'ordre spécifique n'est pas quelquefois sans ajouter une difficulté de plus au diagnostic, en donnant le change pour une éruption de taches rosées lenticulaires.

Ces diverses raisons, certes, sont plus que suffisantes pour expliquer la possibilité d'une confusion entre la typhose syphilitique et la fièvre typhoïde. Mais il en est une autre bien supérieure à toutes celles-ci pour motiver l'erreur : c'est que *la typhose syphilitique est encore ignorée de la plupart des praticiens*. Elle n'a pas fait sa trouée dans le monde médical, où reste en faveur le vieux préjugé d'après lequel la syphilis ne saurait réaliser des états fébriles continus d'une certaine importance et d'une certaine durée. En sorte qu'en face de la typhose syphilitique la plus légitime la plupart des médecins concluent à une fièvre typhoïde, à une fièvre typhoïde sans doute anormale par absence de quelques phénomènes, mais non moins authentique en dépit de l'anomalie (1). De cela que d'exemples n'aurais-je pas à citer !

Et cependant la différenciation clinique de ces deux entités n'offre pas en général de sérieux embarras. Sans doute elle peut être difficile, voire impossible *au début* par défaut de signes suffisants en l'un ou l'autre sens. Mais après quelques jours on sera toujours fixé, et cela de par telle ou telle des considérations contenues dans le tableau suivant :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LA TYPHOSE SYPHILITIQUE.

Fièvre typhoïde.	**Typhose secondaire.**
I. «	I. — Antécédents de syphilis récente. Souvent aussi, coexistence significative d'accidents spécifiques contemporains (syphilides, plaques muqueuses, adénopathies, myosalgies, périostites, alopécie, névralgies, troubles de sensibilité et spécialement analgésie, troubles nerveux, algidités périphériques, etc.).
II. — Épistaxis initiales très habituelles.	II. »
III. — Adynamie générale; prostration véritable, allant parfois jusqu'à l'anéantissement.	III. — Asthénie plutôt qu'adynamie vraie; affaissement plutôt que prostration.

(1) V. thèse précitée du Dr A. Morin. Paris, 1888.

Fièvre typhoïde (*suite*).	**Typhose secondaire** (*suite*).
IV. — Faciès caractéristique : stupeur et joues plaquées.	IV. — Faciès alangui, abattu, mais sans stupeur. — Pâleur.
V. — Sécheresse caractéristique de la langue. Fuliginosités.	V. — Langue humide, grise ou blanchâtre. Pas de fuliginosités.
VI. — Sécheresse brûlante de la peau.	VI. — Pas de sécheresse de la peau, qui est souvent halitueuse.
VII. — Torpeur de l'intellect. — Conversation difficile, impossible même. — Réponses vagues, incertaines.	VII. — Intelligence non affectée. — Conversation toujours possible. — Réponses précises.
VIII. — Subdélirium nocturne très habituel — Parfois délire.	VIII. — Ni subdélirium ni délire.
IX. — Courbe thermique spéciale : premier stade à oscillations ascendantes ; — second stade à oscillations stationnaires.	IX. «
X. — Météorisme.	X. «
XI. — Douleur iliaque ; — gargouillement iliaque.	XI. «
XII. — Diarrhée.	XII. «
XIII. — Râles bronchitiques.	XIII. «
XIV. — Développement de la rate.	XIV. «
XV. — Au début du second septénaire, taches rosées lenticulaires.	XV. — (Se méfier des éruptions spécifiques [papules miliaires], pouvant simuler les taches rosées lenticulaires).
XVI. — Possibilité d'accidents multiples : albuminurie, hémorrhagies intestinales, péritonite par perforation, engouement pulmonaire, bronchopneumonie, escarres, etc., etc.	XVI. «
XVII. — Réaction agglutinative de Widal.	XVII. «

Pronostic. — Comme pronostic, cette typhose secondaire est certes faite pour inspirer quelques craintes, tant elle se rapproche comme allure de la fièvre typhoïde dont on sait les dangers multiples. Toutefois, en dépit de ses apparences, elle ne comporte rien de grave. *Toujours elle guérit.*

Après un temps variable, les phénomènes d'adynamie disparaissent en premier lieu ; les forces se relèvent ; puis la fièvre s'éteint, et la syphilis reprend son cours, dégagée de cette complication spéciale.

Il va sans dire que, suivant la durée et l'intensité des accidents, l'économie reste plus ou moins ébranlée à la suite de cette violente secousse. Quelquefois même un état de débilitation fortement accentué succède à cette forme particulière de la fièvre syphilitique.

III. — **Forme déréglée, atypique.** — Cette troisième forme de la fièvre syphilitique n'a d'autre caractère que d'être constituée par

des états fébriles spécifiques qui ne rentrent ni dans l'un ni dans l'autre des deux grands types étudiés précédemment.

Ces états fébriles non réglés, *atypiques* (comme on les appelle le plus souvent) sont très communs. Ils affectent, de plus, des modalités multiples et variées. Ainsi, ils consistent tantôt en des états fébriles qui, d'abord intermittents, deviennent plus tard continus ; — tantôt (ce qui est beaucoup plus rare) en des accès continus devenant ensuite intermittents ; — tantôt en un mélange irrégulier de ces deux formes; — et, plus souvent encore, en de simples poussées fébriles absolument déréglées comme invasion, comme teneur et comme durée, se manifestant pour quelques jours, puis se suspendant, puis se renouvelant, et cela de la façon la plus capricieuse.

Je citerai deux exemples pour fixer les idées.

Une de mes malades commença, au cours de la période secondaire, par présenter des accès fébriles franchement périodiques, survenant le soir vers six heures et s'évanouissant vers minuit. Ces accès durèrent une quinzaine environ. — Puis, quelques semaines plus tard, nouvelle invasion fébrile, mais cette fois sous le type continu, et cela pour cinq jours. — Puis, quelque temps après, nouveaux accès à forme intermittente.

Une autre femme, affectée d'une syphilis à manifestations nerveuses multiples, présenta la série d'accidents fébriles que voici : d'abord, pendant un mois, accès intermittents, vespérins ou nocturnes; — puis, six semaines plus tard, fièvre de forme continue, pour une quinzaine ; — dix jours après, deux nouveaux accès de même forme, le premier de trois jours et le second de quatre; — finalement, pour un laps de deux mois, poussées fébriles absolument irrégulières, atypiques, tantôt ne durant que l'espace d'une nuit, et tantôt se prolongeant de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Sans que j'aie besoin d'insister sur ce point, on conçoit ce que doivent offrir de difficultés diagnostiques de tels états fébriles mal déterminés, décousus, déréglés, se répétant sans cause appréciable, etc. On peut hésiter à les rapporter à la syphilis, alors même que les antécédents de syphilis sont absolument irrécusables, et l'on se prend toujours, en pareil cas (j'en parle par expérience), à douter de son diagnostic, à se demander si l'on ne fait pas fausse route et si ces poussées fébriles singulières ne seraient pas plutôt en relation avec quelque affection latente, ignorée, que l'on recherche inutilement. — A fortiori, comment aboutir au diagnostic de fièvre spécifique alors que, pour des raisons diverses, la syphilis reste incertaine ou même (ce qui n'est pas rare) est dissimulée au médecin (1)?

(1) Pour la pratique, il est bon de savoir ceci : les syphilitiques d'un certain monde ne confient pas à tout médecin le secret de leur syphilis. Très généralement ils s'offrent le luxe de deux médecins : l'un, le médecin ordinaire, le médecin de famille, pour les cas d'ordre vulgaire, et l'autre, le médecin extraor-

Aussi bien, de là comme de tout ce qui précède se dégage-t-il un enseignement clinique : C'est qu'aux prises avec un état fébrile dont il ne s'explique pas la cause, le médecin a toujours l'obligation de faire une place à la syphilis dans les hypothèses à discuter sur les origines, sur le pourquoi de cette fièvre. Quel que soit le type de cette fièvre, qu'elle soit intermittente, continue ou déréglée, quelle qu'en soit également la durée, toujours il devra rechercher la syphilis dans les antécédents, et plus d'une fois il la trouvera comme raison de tels symptômes qui resteraient inexplicables sans elle.

Enfin, je dois mention ici à certains cas (à la vérité tout à fait exceptionnels) dans lesquels on a vu des femmes rester sujettes *pendant plusieurs mois* à des accès fébriles déréglés, exclusivement imputables à la syphilis. J'ai en mains la très longue et très probante observation d'une jeune femme de vingt ans, bien constituée et d'excellente santé antérieure, qui commença à être prise de fièvre dès le début de la période secondaire et qui, pendant *quatre mois et huit jours* (à cela près d'accalmies éphémères), continua à présenter des accès fébriles irréguliers, déréglés, capricieux, non explicables par la moindre cause étrangère à la syphilis. Simultanément, du reste, et comme témoignage du caractère spécifique de ces singuliers accès fébriles, cette femme fut affectée d'une nuée de manifestations syphilitiques, à savoir : roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses, adénopathies, et surtout accidents nerveux, tels que douleurs névralgiformes, xiphalgie, analgésie très étendue et très accentuée, algidités périphériques, éréthisme nerveux, lipothymies, crises hystériques de forme convulsive, boule hystérique, contractures, hallucinations nocturnes, accès dysphasiques, etc., etc. — Cette femme, de plus (soit dit incidemment), avait commencé une grossesse exactement avec la syphilis. Or, contre toute attente et en dépit de tous les accidents précités, cette grossesse (grâce, sans nul doute, au traitement spécifique) continua son évolution normale, aboutit à terme et se termina par la naissance d'un enfant vivant et sain (au moins resté sain jusqu'à l'âge de sept mois, époque à laquelle nous l'avons perdu de vue) !

Traitement. — Le traitement des formes continues et atypiques de la fièvre syphilitique ne diffère en rien de celui dont j'ai parlé précédemment à propos des formes intermittentes.

dinaire, pour les cas d'ordre *léger*, c'est-à-dire pour les mésaventures amoureuses. Or, les choses étant disposées de la sorte, qu'arrive-t-il le jour où ces singuliers clients deviennent fébricitants du fait de la syphilis? C'est que le médecin mandé près d'eux en ces conditions est précisément celui *qui ne connaît rien de leurs antécédents*. Que, de plus, ce médecin ait un soupçon et les interroge en ce sens, le plus souvent ils renieront la syphilis, parce que, dans leur pensée, la syphilis n'a rien à voir avec la fièvre dont ils sont actuellement affectés.

Et c'est de la sorte que nombre de fièvres syphilitiques restent méconnues des médecins qui sont appelés à les traiter.

Seulement il faut savoir que, puissamment actif contre les formes intermittentes de la fièvre syphilitique, le mercure n'exerce qu'une influence moins énergique et plus lente sur les formes continues de cette fièvre. Pourquoi ? Je ne saurais le dire, mais le fait est constant, non moins qu'essentiel à enregistrer pour la pratique. De là cette conséquence : lorsqu'on se propose de combattre une fièvre syphilitique de type continu, il est indispensable, pour obtenir du mercure un effet curatif, de le prescrire à doses assez élevées, notablement plus élevées que dans les formes intermittentes.

Théoriquement, on serait conduit à penser que le mercure et l'iodure administrés en plein état fébrile doivent être intolérés par l'estomac. Cette prévision, bien que rationnelle, ne se réalise pas toujours, tant s'en faut. Lorsque tel est le cas, cependant, la difficulté est facile à tourner en prescrivant le mercure sous forme de frictions ou d'injections sous-cutanées et l'iodure par la voie rectale.

ACCIDENTS NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Le sens commun et le sens clinique sont d'accord pour répugner à l'idée que la syphilis distribue ses coups comme la Fortune distribue ses faveurs, c'est-à-dire au hasard. On se représente difficilement la syphilis n'obéissant qu'à des caprices sans raison pour traiter favorablement tel sujet et sévèrement tel autre, pour faire prédominer chez celui-ci tel ordre de manifestations qui épargneront celui-là, pour affecter chez l'un tel système organique qu'elle respectera chez l'autre, etc. Bien évidemment, rien de pathologique n'est livré au hasard, et j'ai l'intime conviction qu'en l'espèce le hasard n'a pas la moindre part dans les plus légères, non plus que dans les plus graves manifestations de la syphilis.

A coup sûr, nous sommes bien loin de connaître toutes les influences qui régissent la spécialisation des accidents syphilitiques suivant les divers sujets, c'est-à-dire qui, sur un sujet donné, dirigent l'action de la diathèse en tel ou tel sens, vers tel ou tel organe. Mais quelques-unes de ces influences, néanmoins, ont été mises à jour, isolées, déterminées; et le peu que nous en avons appris suffit à nous convaincre qu'il en est de la syphilis comme de toutes les diathèses, à savoir qu'elle est soumise, pour la qualité de ses manifestations, à de certains facteurs étiologiques qui servent d'appel à ses décharges vers tel ou tel appareil et qui, conséquemment, déterminent ce qu'on appelle les formes morbides de la maladie.

Or, au nombre des influences de cet ordre figurent en première ligne les conditions du *terrain* sur lequel la syphilis est appelée à germer, ou, en autres termes, les conditions propres au sujet qu'elle affecte. Nul doute, en effet, que souvent (sinon toujours) les mani-

festations prédominantes de la maladie ne soient en harmonie avec le fonds physiologique ou morbide du malade, c'est-à-dire avec sa constitution, son tempérament, son âge, son sexe, ses habitudes, ses tendances et ses aptitudes pathologiques, ses prédispositions héréditaires, etc. Ce qui a fait dire à un auteur (dont je regrette de ne pas savoir le nom) ce mot spirituel et très vrai : « *Chacun fait sa syphilis à son image.* »

Eh bien, la femme, elle aussi, se fait une syphilis à son image. Nature nerveuse, elle se fait une *syphilis nerveuse.* A ce point que, si l'on me demandait ce en quoi la syphilis de la femme diffère surtout de la syphilis de l'homme, je n'aurais pas un instant d'hésitation pour répondre : « C'est, à coup sûr, par les troubles nerveux de la période secondaire. »

Et, en effet, les troubles d'ordre nerveux, à la période de la diathèse que nous étudions actuellement, sont infiniment plus fréquents, plus variés et plus intenses chez la femme que chez l'homme. Sous ce rapport, une disparité complète et même remarquable existe d'un sexe à l'autre. Chez l'homme, et surtout chez l'homme adulte, la syphilis n'éveille le plus souvent qu'une réaction minime ou légère vers le système nerveux. Au contraire, chez la femme, elle crée fréquemment un état de souffrance générale de ce système ; elle constitue ce système en état d'éréthisme permanent, en y déterminant une perturbation profonde ; elle crée, en un mot, une sorte de *diathèse nerveuse*, que j'ai baptisée du nom de **nervosisme secondaire.**

On connaît le mot de Ricord, disant que « la vérole est un branle-bas dans l'économie ». En l'espèce, on pourrait ajouter que la vérole est un branle-bas dans le système nerveux de la femme. Aussi bien, cette perturbation profonde se traduit-elle ou peut-elle se traduire chez elle de diverses façons, à savoir : soit par un nombre plus ou moins considérable, souvent même par une véritable pléiade d'accidents nerveux, soit par le réveil d'anciennes névroses éteintes, soit par l'exaspération de névroses assoupies, soit même par l'éclosion de névroses qui n'existaient qu'en germe, en puissance, sous forme de simples prédispositions. — Tel est le cadre d'accidents que je vais avoir à présenter.

Mais, avant d'entrer en matière, deux remarques préalables s'imposent encore à moi.

I. La forme névropathique de la syphilis secondaire est loin, à coup sûr, de constituer une règle *générale* dans le sexe féminin. Certaines femmes (pour un tiers, approximativement) y échappent d'une façon absolue. — D'autres (pour un tiers et demi, toujours approximativement) la subissent, mais d'une façon modérée, moyenne. — D'autres, enfin, dans la proportion d'un sixième, en sont violemment éprouvées, à ce point que, chez elles, la syphilis se

transforme presque en une affection nerveuse aiguë, intense, polymorphe, souvent des plus pénibles et quelquefois même sérieuse.

II. En second lieu, cette action perturbatrice qu'exerce la syphilis sur le système nerveux de la femme se restreint à la *période secondaire*. C'est la vérole *jeune* qui, seule, excite, ébranle de la sorte le système nerveux féminin. Au delà des premières années de l'infection, l'équilibre, pour ainsi parler, se rétablit d'un sexe à l'autre. Il semblerait donc que, primitivement, l'organisme féminin se révolte contre le poison syphilitique, et que, plus tard, s'y étant accoutumé, il le tolère. En tout cas et sans figure, la fréquence des affections nerveuses chez la femme, excessive au cours du stade secondaire, s'abaisse subitement au delà, pour descendre même, dans le stade tertiaire, au-dessous de la proportion observée chez l'homme.

Division. — Les manifestations nerveuses de la syphilis secondaire sont extraordinairement multiples et variées de formes. Pour la facilité d'une exposition didactique, je les ai réparties en un certain nombre de groupes, de la façon suivante :

Céphalée ;
Troubles du sommeil ;
Asthénie nerveuse secondaire ;
Douleurs névralgiforme et névralgies ;
Névrites et polynévrites ;
Troubles de la sensibilité ; — analgésie secondaire ;
Tremblement musculaire ;
Surexcitation ou réveil de névroses antérieures ;
Genèse de névroses ;
Névroses du système sympathique.

D'autres manifestations de même ordre n'auraient pu sans inconvénient être disjointes des systèmes organiques auxquels elles appartiennent ; elles trouveront place dans les chapitres consacrés à l'étude de ces divers systèmes.

I

CÉPHALÉE SECONDAIRE. — La plus commune, et de beaucoup, de toutes les affections nerveuses secondaires.

Elle constitue l'une des trois modalités de maux de tête dont on peut souffrir au cours de la période secondaire et qui sont, comme l'on sait : 1° la céphalée *cranienne* ou osseuse, dérivant d'une lésion des os du crâne ; — 2° la céphalée *névralgique*, relevant d'une névralgie des branches nerveuses de la région ; — 3° la céphalée proprement dite, qu'on appelle encore *essentielle*, dans l'ignorance où l'on est de son siège véritable, de son substratum anatomique. C'est de cette dernière que je vais parler.

Elle se différencie des deux autres par trois caractères : 1° par un caractère négatif, en ce sens qu'elle n'est localisable comme celles-ci ni dans un tronc nerveux, ni dans une lésion appréciable des os ; — 2° parce qu'elle est *plus générale*, au moins plus étendue comme aire de douleur, si je puis ainsi parler ; — 3° parce qu'elle semble aussi relever d'un *siège plus profond*. Quel est ce siège? Je répète qu'on ne saurait le dire; mais toujours est-il, à en juger d'après les sensations accusées par les malades, qu'elle *semble* être d'origine intra-cranienne, d'origine méningée ou cérébrale. C'est donc (qu'on me passe le mot) une sorte d'*encéphalalgie*.

Symptômes. — Le symptôme constitutif, essentiel en l'espèce, c'est une douleur de tête ; mais de quel genre ?

C'est, d'abord, comme je l'ai dit, une douleur de tête *profonde*, *intérieure* ; — douleur généralement étendue, *étalée*, quelquefois même presque générale (« j'ai mal dans *toute* la tête », disent les malades), mais avec prédominance plus ou moins marquée sur certains points, tels que le front, les tempes ou l'occiput ; — douleur très pénible et donnant lieu, comme forme de souffrance, à des sensations assez diverses. Ce que les malades accusent pour la dépeindre est tantôt une pesanteur, un alourdissement de la tête (céphalée dite *gravative*), tantôt une tension avec élancements (céphalée *lancinante*), tantôt une pression, une dilacération, un martèlement, etc. Ils disent, dans ce dernier cas, avoir la tête « serrée dans un étau », et y ressentir par intervalles comme des coups de marteau; il leur semble, ajoutent-ils, que, par instants, leur crâne « va se fendre, éclater », etc., etc.

Comme intensité, cette douleur encéphalique comporte plusieurs degrés.

Dans un premier degré, elle est légère et supportable. Sa forme habituelle est alors celle d'une simple lourdeur de tête. Les malades se plaignent d'avoir « la tête prise, embarrassée », mais ils peuvent encore dominer, secouer cette douleur, vaquer à leurs occupations et dormir.

Dans un second degré, la céphalée, plus intense, peut être comparée à un accès de migraine. Elle empêche alors presque complètement le travail, surtout le travail intellectuel; elle alourdit l'esprit et trouble le sommeil.

S'exagérant encore (troisième degré), elle alite absolument les malades, qui sont dans un état d'angoisse des plus pénibles, incapables d'aucune occupation, privés de tout repos, absorbés, anéantis, « abrutis » par la souffrance.

A cette douleur de tête s'ajoutent quelquefois, surtout dans les degrés un peu intenses, divers phénomènes tels que les suivants :

Diminution, voire extinction de l'appétit, symptôme commun du reste à toutes les souffrances un peu vives et surtout continues ; — digestions difficiles, paresseuses ; — constipation ;

Étourdissements fugaces ; — vertiges ; — bourdonnements d'oreilles ;
Troubles de la vue, brouillards, obnubilations passagères ;

Et surtout phénomènes nerveux divers, résultant à la fois et de la douleur et de l'insomnie : irritabilité, agacement, énervement ; — morosité, tristesse, inquiétudes ; — dégoût pour toute occupation ; — travail intellectuel difficilement supporté, voire devenant impossible. C'est ainsi que certains sujets, abasourdis par une céphalée persistante, doivent renoncer à toute occupation exigeant quelque tension d'esprit, et ne vaquent plus à leurs affaires que « comme des automates », par impulsion routinière. L'intelligence même paraît comme obnubilée par instants. « Il y a des moments, me disait un de mes clients, employé dans un ministère, où je ne sais vraiment plus ce qu'on me dit et ce que je fais ; je suis tellement absorbé par mon mal de tête que je dois avoir l'air d'une machine qui accomplit sa tâche sans y rien comprendre. » — Une malade de nos salles, caissière dans un grand magasin, fut forcée de prendre un congé « parce que, racontait-elle, je ne comprenais plus rien à mes comptes. Pour établir la plus simple facture, il fallait m'y reprendre à deux ou trois fois. Impossible de faire une addition ; les chiffres dansaient devant mes yeux ». — Une autre, employée à débiter des coupons d'étoffes, « égarait incessamment ou son mètre ou ses coupons et se trompait sur les mesures, etc. ».

Formes morbides. — Comme teneur, cette céphalée secondaire se présente sous deux types, à savoir : le **type continu avec exacerbations** et le **type intermittent**.

Dans le premier, les malades souffrent de la tête d'une façon permanente, aussi bien le jour que la nuit, aussi bien la nuit que le jour. Seulement, les douleurs redoublent par instants, sous forme d'*accès*. Ces accès se produisent surtout *la nuit*. Car, pour la céphalée, plus que pour tout autre symptôme secondaire, l'influence nocturne de la vérole se traduit par une exacerbation marquée. C'est presque toujours *le soir* ou *la nuit* que les douleurs atteignent leur apogée.

Il est des cas, toutefois (ceux spécialement d'intensité légère ou moyenne), où la céphalée se continue avec uniformité à tout moment du jour et de la nuit. Je l'ai même vue redoubler d'intensité le jour et se calmer la nuit ; mais cela est très rare.

Second type, un peu plus commun, je crois. Ici, la céphalée est *intermittente*. Dans ce cas, elle disparaît généralement pendant le jour, pour se reproduire à certains moments, surtout vers le soir, vers cinq ou six heures de l'après-midi le plus souvent. Elle dure alors un temps variable, quelques heures en moyenne, parfois aussi une partie de la nuit ou même toute la nuit, pour s'apaiser vers le jour.

Fréquemment encore elle affecte dans ses intermittences une véritable *périodicité*. Chez certains sujets elle apparaît vers le soir,

à heures absolument régulières, voire si régulières parfois que les malades vous disent : « Dans deux heures, dans une heure, dans une demi-heure d'ici, je serai pris de la tête » ; et leur prédiction s'accomplit à point nommé.

Durée. — La *durée* qu'affecte ce pénible symptôme est très variable, et cela dans des limites assez larges. Chez un certain nombre de malades la céphalée disparaît en quelques jours. Chez d'autres, et c'est là le cas le plus habituel, elle persiste plusieurs semaines (alors, bien entendu, qu'elle n'est pas traitée). Chez d'autres, enfin, elle dure un temps infiniment plus long. J'ai vu nombre de femmes qui, par ignorance de leur maladie, ont enduré deux, trois, quatre, cinq mois de suite, d'horribles céphalées qu'elles prenaient pour des migraines ou des névralgies. Une de mes clientes de la ville, affectée d'une syphilis qui était restée longtemps méconnue, m'affirmait avoir souffert de très violents maux de tête « pendant *plus d'une année* ».

Ajoutons que cette céphalée est essentiellement sujette à *récidives*. On n'en est pas délivré pour l'avoir subie une fois, loin de là. Elle a des retours très fréquents.

Pronostic. — Traitement. — S'il est des plus pénibles, ce symptôme, en revanche, est des plus accessibles au traitement spécifique et des plus facilement curables. D'un avis unanime, le mercure exerce sur lui une action des plus puissantes, une action véritablement *merveilleuse* comme sûreté et comme rapidité de résultats. En quelques jours il fait justice de la céphalée secondaire, du moins dans la presque totalité des cas. Plus vive même est la douleur, plus sensible est l'influence du remède. J'ai vu, et tout le monde a vu, des céphalées atroces être soulagées presque subitement par le mercure et dissipées en moins d'une semaine.

L'iodure de potassium exerce également sur la céphalée secondaire une action puissamment sédative. Mais il est certainement moins actif et surtout moins rapidement actif que le mercure.

Inutile, au surplus, de discuter sur la préférence à donner en l'espèce, soit à l'un, soit à l'autre de ces remèdes. Car, de l'aveu général, il y a mieux à faire que de les employer isolément, c'est de les associer. De par expérience, rien ne vaut ici le traitement mixte. — On prescrira donc simultanément le mercure (sous forme, par exemple, de proto-iodure, à la dose quotidienne de 5 à 10 centigrammes ou de toute autre façon) et l'iodure de potassium. De petites doses de ce dernier agent (50 centigrammes à un gramme, un gramme et demi ou, au maximum, 2 grammes) sont en général suffisantes et agissent tout aussi bien que des doses plus élevées.

Inutile ou superflue pour les cas légers ou moyens, cette médication *mixte* est surtout indiquée alors qu'on a affaire à des crises de céphalée violente qu'il importe de soulager promptement, et je puis

dire qu'elle fournit toujours les meilleurs résultats. — L'antipyrine n'est pas inutile parfois pour procurer un soulagement temporaire.

Dans les cas rebelles, il faut essayer de tout pour aboutir à calmer les douleurs. J'y suis parvenu quelquefois par des ventouses scarifiées à la nuque, des vésicatoires volants, des injections de morphine, ou le recours empirique à divers sédatifs du système nerveux.

II

TROUBLES DU SOMMEIL. — L'insomnie est un phénomène assez commun dans la période secondaire, surtout à une époque peu avancée de l'infection.

Elle se présente sous deux formes qui se définissent d'elles-mêmes, à savoir : l'insomnie *symptomatique* et l'insomnie *essentielle*.

L'insomnie symptomatique est un résultat bien naturel des douleurs qui affligent si fréquemment les malades à cette période de la diathèse, douleurs d'origines très diverses, mais présentant presque toutes comme caractère commun la tendance aux exacerbations nocturnes. — Cette première forme n'offre rien de spécial et ne mérite qu'une mention.

La seconde, au contraire, est une insomnie propre, essentielle, relevant *directement* de la syphilis sans causes intermédiaires.

Dans cette forme, en effet, le malade est privé de sommeil *sans avoir aucune raison pour ne pas dormir*. Écoutez-le vous raconter ce qu'il éprouve ; il vous dira « qu'il passe des nuits blanches *sans savoir pourquoi* ». Se couchant le soir, fatigué par le travail du jour, il ne parvient pas à s'endormir. Vainement il se tourne et se retourne dans son lit, vainement il cherche une position propice, ferme ses paupières, et s'ingénie de mille procédés pour appeler le sommeil qui ne vient pas. Réussit-il à s'assoupir un instant, bientôt il est réveillé par un cauchemar, par un rêve, ou même sans motif ; et toute la nuit se passe dans une agitation semblable jusqu'au matin, où, brisé, épuisé, il arrive à goûter quelque repos. Encore ce repos n'est-il souvent qu'incomplet, entrecoupé de demi-réveils, troublé, non réparateur, au total ; si bien que le malade se lève courbaturé, énervé, « *plus fatigué le matin que la veille au coucher* », également impropre à un travail de corps ou d'esprit.

Assez rares chez l'homme, ces troubles du sommeil et cette variété spéciale d'insomnie sont, au contraire, des phénomènes assez communs chez la femme, surtout dans les formes nerveuses de syphilis.

Ce sont là tous symptômes qu'à l'instar de la céphalée le traitement *mixte* soulage efficacement.

III

ASTHÉNIE NERVEUSE SECONDAIRE. — Il est positif que la syphilis exerce chez certains sujets (et bien plus spécialement chez la femme que chez l'homme) une influence générale qui se traduit par une sorte de dépression de toutes les forces vitales, par une atonie de tout l'être, par un état de langueur de toutes les fonctions. C'est à cet ensemble morbide que j'ai donné le nom d'asthénie nerveuse secondaire.

Cette asthénie peut affecter la plupart des systèmes organiques ; elle peut même se généraliser. Conséquemment elle se traduit par une symptomatologie complexe et variée qu'il nous faut soumettre à l'analyse.

1° **Asthénie musculaire ; diminution des forces.** — Le syndrome initial et prédominant par lequel s'accuse ce curieux état consiste dans une atteinte portée à ce qu'on appelle l'état des forces, c'est-à-dire à l'énergie du système musculaire de la vie animale. Il peut se résumer en deux mots : *débilité* et *courbature* musculaire.

Dans un degré léger ou moyen, répondant à ce qu'on observe presque couramment, les malades traduisent ce qu'ils ressentent en se disant tout à la fois *faibles* et *las*. Ils sont incapables de fournir leur taux de travail habituel, de faire une longue course, voire de soutenir un exercice moyen. Ils sont tout de suite « à bout de forces ». Une simple promenade « les épuise comme s'ils avaient fait dix lieues ».

Dans un degré supérieur, qui ne s'observe guère que chez les femmes nerveuses à syphilis nerveuse, les mêmes phénomènes s'accentuent bien davantage. Ce n'est plus seulement de la faiblesse et de la lassitude qu'accusent les femmes affectées de la sorte, mais bien de l'incapacité, de la prostration musculaire. Écoutez-les. Elles vous raconteront qu'elles ont été forcées de renoncer à leurs occupations parce qu'elles n'étaient plus capables de les supporter. Elles se sentent « toujours fatiguées, même sans avoir rien fait ». Elles se disent accablées, harassées, anéanties. A l'hôpital, nous les voyons garder le lit la plus grande partie du jour, voire refuser de se lever. Leur fait-on reproche d'une telle inertie, elles répondent qu'elles n'en sont pas coupables, qu'elles ont « les jambes brisées, les membres courbaturés et moulus ». Se lèvent-elles, elles ne marchent qu'avec peine, lentement, lourdement, à la façon de malades en convalescence. Debout, elles éprouvent aussitôt le besoin de s'asseoir, et accusent le sentiment d'une défaillance imminente dès qu'elles veulent se contraindre à faire quelque exercice. Enfin, si l'on vient, comme contrôle, à déterminer l'état exact de leurs forces par le *dynamomètre*, on constate sur elles une *diminution considérable de*

leur puissance musculaire, l'instrument ne marquant plus que 25, 20, 18, 14, 10 et même, dans les cas extrêmes, 6 kilogrammes, alors que, sur une jeune femme, de taille moyenne, il s'élève normalement à 30, 35 et au delà.

Au total, donc, ce que l'on constate chez de telles malades, c'est une asthénie profonde, presque comparable soit à celle qui succède à de grandes hémorrhagies, soit à celle qui signale la convalescence de fièvres graves.

Dans quelles conditions et avec quel degré de fréquence la syphilis affecte-t-elle les forces musculaires? C'est là un point que j'ai essayé de préciser dans un chapitre précédent auquel je prie le lecteur de se reporter (Voy. page 586 et suiv.).

2° **Asthénies splanchniques. — Asthénie générale.** — L'asthénie musculaire que je viens de décrire n'est presque jamais un symptôme isolé. Presque toujours il s'y adjoint, à des degrés divers et sous des formes diverses, d'autres phénomènes de même ordre, attestant un état asthénique parallèle des autres systèmes organiques, à savoir :

I. — *Asthénie circulatoire*, se traduisant par une faiblesse notable du muscle cardiaque et de la musculature artério-veineuse, par un pouls petit, mou, dépressible, quelquefois irrégulier, par une tendance aux palpitations, aux lipothymies, aux vertiges, etc.

II. — *Asthénie digestive*, s'accusant par un alanguissement singulier des fonctions gastro-intestinales, à savoir : diminution de l'appétit, voire parfois inappétence; — digestions lentes et difficiles, avec phénomènes dyspeptiques variés; — quelquefois vomissements; — constipation, dérivant sans doute d'une inertie intestinale, etc.

III. — *Asthénie nerveuse* : dépression générale, atonie, faiblesse, courbature, brisement, « aplatissement » de tout l'être; — troubles de la sensibilité, qui s'émousse sur divers points; — paresse des sens; — paresse d'esprit; aptitude moindre aux conceptions, aux travaux intellectuels, sorte d'engourdissement psychique faisant pendant à la torpeur musculaire, etc.

IV. — *Asthénie nutritive* : activité amoindrie de toutes les forces présidant à la nutrition, à la réparation organique; — d'où tendance à l'anémie, à l'amaigrissement; — d'où l'alopécie, les troubles de nutrition des ongles, et divers autres phénomènes de vitalité défaillante.

En s'adjoignant à l'asthénie musculaire précédemment décrite, en s'associant les uns aux autres, ces divers symptômes aboutissent à constituer un *état asthénique général*, qui se traduit par une sorte de langueur de tout l'être et de dépression de tous les systèmes.

Eh bien, c'est là l'asthénie générale que réalise parfois la syphilis secondaire, et cela, je le répète encore, tout spécialement chez certaines femmes qui y sont sans doute prédisposées par un état

d'atonie native et de nervosisme héréditaire ou acquis. — On peut, certes, la rencontrer chez l'homme, mais cela n'est plus qu'exceptionnel et exclusivement propre à certains sujets jeunes, d'allure encore féminine, et tenant de la femme par l'excitabilité de leur système nerveux.

Or, cette asthénie secondaire constitue chez la femme un type morbide presque spécial, type qui n'a pas encore, à mon gré, été suffisamment décrit, qui reste souvent méconnu parce qu'on le rapporte indûment à d'autres causes, et qui conduit parfois à des erreurs diagnostiques tout à fait inattendues.

Ce type, c'est celui de la *femme asthéniée par la syphilis secondaire* jusqu'à en être accablée, aplatie, prostrée.

A voir certaines femmes ainsi affectées par la syphilis dans leur allure générale et dans leur santé, on les croirait, je dirai même qu'il est impossible de ne pas les croire sous le coup de toute autre maladie que la syphilis. Ces femmes ont le facies, l'habitus de ce qu'on appelle de « *grandes malades* ». Positivement on les prendrait quelquefois pour des femmes soit en convalescence de quelque affection grave, soit en élaboration de quelque maladie consomptive. Illusion plus fréquente encore, on les dirait couvant une tuberculose pulmonaire.

Cette dernière erreur, tout particulièrement, a été commise plus d'une fois, tant elle est dans la nature des choses. Et, en effet, qu'on se représente bien la scène. Voici une jeune femme surprise tout à coup par des symptômes de débilitation, pâlissant, maigrissant, perdant son appétit et ses forces, s'étiolant d'une façon rapide, affectée même de temps à autre (phénomènes fréquents dans la syphilis secondaire) de sueurs nocturnes et d'accès de fièvre vespérins. Que soupçonner en face d'un tel ensemble de symptômes? Quelle maladie redouter de prime abord? La phtisie pulmonaire, bien évidemment. C'est à ce diagnostic, en effet, ou plutôt c'est à cette appréhension que tout médecin se trouve naturellement conduit. Bien des fois, pour ma part, en de telles conditions, j'ai cru certaines de mes malades sur la pente de la tuberculose, surtout si quelque toux, quelque bronchite incidente venait, par hasard, se mettre de la partie. Bien des fois, il m'est arrivé d'ausculter anxieusement ces malades, cherchant dans leur poitrine l'explication de semblables phénomènes. Puis, après un certain temps, mes soupçons tombaient d'eux-mêmes, tous ces symptômes s'évanouissant; ce n'était pas la phtisie qui était en cause, c'était la syphilis seule qui avait déterminé d'une façon passagère ces troubles menaçants.

Un exemple entre tant d'autres de même ordre que j'aurais à citer. — Il y a quelques années, je fus mandé en province pour examiner une malade dont l'état, me disait-on, inspirait des craintes sérieuses. Il s'agissait d'une jeune femme d'une vingtaine d'années, mariée

depuis six mois à un sujet syphilitique et contagionnée par lui. Je la trouvai couchée sur une chaise longue, affaissée sur elle-même, littéralement prostrée, et ne parlant qu'à demi-voix, comme si la parole eût été une fatigue pour elle. On me racontait que, depuis deux mois, elle n'avait pu quitter sa chambre et même son lit, tant elle se sentait fatiguée, harassée, incapable du moindre exercice; — qu'elle avait perdu tout appétit, mangeait à peine et digérait difficilement; — qu'elle avait de la fièvre chaque soir, des poussées sudorales pendant la nuit, des oppressions, des palpitations; — qu'elle avait beaucoup maigri, au point de « n'être plus que l'ombre d'elle-même », etc. — On ajoutait, enfin, qu'elle avait pris un rhume au cours du précédent hiver et qu'elle toussait un peu depuis lors. — De sorte qu'à première vue, sans parler de la syphilis qui s'attestait en toute évidence par une éruption papulo-crustacée, j'eus l'impression que j'avais affaire à une malade en voie de tuberculose pulmonaire. Je recherchai donc, de par les signes de percussion et d'auscultation, cette tuberculose qui me semblait par ailleurs évidente; et, à ma grande surprise, je ne constatai de la sorte rien qui fût de nature à en légitimer le soupçon. Plus qu'il n'est usuellement nécessaire en pareil cas, je prolongeai cet examen, m'obstinant à vouloir trouver ce que je ne trouvais pas. Peine inutile. Après mûre investigation, je dus abandonner cette idée. Bref, exclusion faite d'autres hypothèses que je passe sous silence, force me fut, en définitive, de me rabattre sur la syphilis, comme seule cause légitimement acceptable des phénomènes graves que j'avais sous les yeux. Et c'était bien, en effet, de la syphilis, mais d'une syphilis asthénique et dénutritive, qu'il s'agissait en l'espèce; car, d'une part, le traitement spécifique exerça sur cet ensemble morbide la plus heureuse influence; et, d'autre part, cette jeune femme est aujourd'hui guérie, bien portante, à l'abri de tout soupçon de tuberculose.

Il en est, donc, de ces phénomènes d'asthénie secondaire comme de tous les autres symptômes secondaires. Ils n'ont qu'un temps. Si graves soient-ils d'apparence, ils cèdent au traitement spécifique et se dissipent sans laisser de traces, au moins pour l'énorme majorité des cas. Sans doute ils peuvent être plus ou moins durables, et ceux dont nous venons de parler sont usuellement plus durables que d'autres de même échéance chronologique; mais ils n'en aboutissent pas moins à disparaître finalement. Et, somme toute, l'asthénie secondaire n'est qu'un *orage nerveux* transitoire, qui passe à la façon des autres orages secondaires.

IV

DOULEURS NÉVRALGIFORMES et NÉVRALGIES. — Les névroses douloureuses qui dérivent de la syphilis secondaire consistent bien plus souvent en de simples douleurs névralgiformes qu'en des névralgies vraies. On peut même dire que les névralgies vraies sont rares, au moins relativement rares dans l'étape secondaire, tandis que les douleurs névralgiformes y sont absolument communes.

Ces dernières se différencient des névralgies vraies par plusieurs caractères. D'abord, elles sont, si je puis ainsi parler, *moins anatomiques* que celles-ci, en ce sens qu'elles ne s'astreignent pas, comme elles, à suivre exactement le trajet d'un nerf et à se circonscrire rigoureusement à sa distribution, ce qui les rend plus diffuses, plus indécises, plus incertaines d'expression. — En second lieu, elles ne présentent que d'une façon bien moins accentuée, bien plus vague, ce qui caractérise essentiellement les névralgies, à savoir les *points fixes* douloureux. — D'autre part, aussi, elles sont plus mobiles, plus fugaces, plus intermittentes ou rémittentes d'évolution, etc., que les névralgies vraies.

Sous telle ou telle de ces formes, les névroses douloureuses de la syphilis secondaire sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. Nulle parité, à ce point de vue, d'un sexe à l'autre.

Siège. — Elles sont susceptibles de localisations multiples. D'après la fréquence de ces localisations on peut les classer de la façon suivante :

I. — Types usuels, à localisations faciales ou craniennes.

II. — Types rares, à localisations sur les nerfs intercostaux ou sur le sciatique.

III. — Types exceptionnels, à localisations cervicale, cervico-brachiale, lombo-abdominale, crurale, mammaire, linguale, etc.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, que deux ou trois de ces types coexistent ou se succèdent au cours de la période secondaire.

Types usuels. — La *tête* est le siège favori de ces manifestations douloureuses. Là, elles peuvent affecter divers rameaux nerveux, à savoir :

1° Les rameaux de la cinquième paire;

2° Les rameaux auriculaire et mastoïdien du plexus cervical ;

3° Le grand nerf occipital.

Des diverses névralgies qu'elles constituent de la sorte la plus commune est celle qui porte sur les branches de terminaison de la cinquième paire (*névralgie faciale*).

Cette névralgie faciale secondaire présente une particularité assez curieuse, c'est de n'affecter que d'une façon très exceptionnelle la

branche inférieure du trijumeau, d'une façon rare la branche moyenne, et assez fréquemment, au contraire, la branche supérieure dans ses rameaux sus-orbitaires. — La **névralgie sus-orbitaire** tient certes le premier rang comme fréquence dans cet ordre de manifestations.

Bien moins communes sont les autres névralgies de la tête (névralgie temporale, cervico-occipitale, etc.). Celles-ci, d'ailleurs, sont généralement assez vagues dans leur expression et assez indécises dans leur trajet pour devoir être taxées de douleurs névralgiformes plutôt que de véritables névralgies.

Cette même remarque n'est pas moins applicable aux névralgies *sciatique* et *intercostale*, qui sont les types le plus souvent observés après les précédents. L'une et l'autre ne se présentent guère que sous forme de névralgies *frustes*, à points fixes plus ou moins déficients, comme à irradiations limitées. Ainsi, la sciatique secondaire, prise comme exemple, n'affecte jamais le nerf dans toute son étendue. Toujours elle est *partielle*, segmentaire, c'est-à-dire limitée le plus souvent à la région lombo-fessière, quelquefois à la cuisse, bien plus rarement à la jambe.

Types rares ou exceptionnels. — Je n'insisterai pas sur les autres types névralgiques ou névralgiformes précités, parce que, d'une part, ils sont très rares et parce que, d'autre part, ils n'offrent rien de spécial comme symptomatologie. Mais je signalerai à l'attention, au titre d'accidents étranges et propres à dérouter le diagnostic, les quelques localisations suivantes, d'ailleurs très exceptionnelles, à savoir :

I. — La névralgie *mammaire* (*mastodynie*), que j'ai rencontrée parfois chez la femme, au cours de syphilis d'ordre nerveux. Elle consiste en des douleurs et une sensibilité morbide des seins à la pression, cela sans aucune modification dans le volume et la forme des organes, non plus que dans la teinte des téguments, etc. — Elle est généralement bilatérale. — Elle est souvent assez rebelle.

II. — Des douleurs névralgiformes du *palais* et des *nerfs dentaires*.

III. — Des névralgies du *lingual*. — En voici un exemple :

Un malade auquel je donne actuellement mes soins a été affecté depuis dix-huit mois d'une série de crises névralgiques affectant la *langue* dans sa moitié antérieure. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en général ces crises *préludent à des poussées éruptives* se produisant sur la partie antérieure de la langue, cela sous forme de plaques lisses, non érosives (ne pouvant être confondues avec des herpès). L'éruption établie, les douleurs se calment, mais pour reparaître quelques mois plus tard comme prodrome d'une éruption nouvelle. — Ces douleurs sont soulagées chaque fois par le traitement spécifique, mais elles récidivent avec une opiniâtreté désespérante. — Elles occupent exactement, je le répète, la moitié antérieure et surtout le tiers antérieur de la langue. Le malade les compare soit à un sentiment de « brûlure

continue », de tension sourde et pénible, soit à des « traits de feu intermittents » qui sillonneraient l'organe en divers sens. — A quoi rapporter de tels symptômes, si ce n'est à une névralgie du *lingual* ? (1).

Symptômes. — Quels qu'en soient le siège et la forme, toutes les névroses douloureuses de la syphilis secondaire n'offrent rien que de banal comme symptômes, rien qui les différencie cliniquement de névroses d'autre origine. Elles n'exigent donc pas de description spéciale.

Elles sont plus ou moins aiguës, plus ou moins intenses. Il n'est pas rare qu'elles déterminent par accès des douleurs d'une violence excessive, intolérable.

Elles sont souvent assez capricieuses dans leur marche ; — sujettes à des exacerbations ou à des rémissions que rien n'explique ; — sujettes également à des recrudescences après sédation temporaire, comme aussi à des récidives après guérison, etc.

Il est positif que l'influence du *soir* ou de la *nuit* se traduit souvent sur elles par une exaspération marquée des douleurs. Ce signe, toutefois, n'est rien moins que constant ; il n'offre d'ailleurs rien de pathognomonique.

Un seul caractère, mais celui-ci bien net, bien tranché, différencie ces névroses douloureuses spécifiques des névralgies vulgaires ; c'est l'*action qu'exerce sur elles le traitement anti-syphilitique.* De même que la plupart des symptômes diathésiques, elles sont en général très rapidement modifiées et guéries par le mercure. Cela est de notion commune, à ce point qu'en pratique le mercure est souvent interrogé « comme pierre de touche » pour juger de la nature spécifique de certaines névralgies. Et, en réalité, merveilleuse est parfois l'influence qu'il exerce sur les accidents de cet ordre. Que de fois n'ai-je pas vu, que de fois tout médecin n'a-t-il pas vu des névralgies qui, méconnues quant à leur nature, avaient résisté opiniâtrément à toutes les médications les plus énergiques, céder et se dissiper comme par enchantement devant le traitement mercuriel !

Dernier point, celui-ci très essentiel pour la pratique.

Alors que ces névroses douloureuses coexistent avec d'autres symptômes patents de syphilis secondaire, il n'est nul embarras, nulle difficulté pour les rapporter à leur véritable cause et les traiter en conséquence. Tout est au mieux.

Mais supposez (ce qui est fréquent) qu'elles se présentent comme symptôme isolé, comme manifestation exclusive de syphilis ; il y

(1) Comparer à ce fait un cas à peu près identique relaté par le Dr H. de Castelnau dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1re année, t. I, p. 212.

aura certes risque qu'en telle condition elles soient méconnues quant à leur nature, considérées comme des névralgies vulgaires, et soumises au traitement qui leur convient le moins.

On dira : « Mais les antécédents seront toujours là pour fixer le diagnostic. » Oui, s'ils sont connus. Mais au cas contraire ? Ne peuvent-ils pas d'ailleurs être dissimulés, surtout si le malade prend sur lui de juger qu'ils sont indifférents en l'espèce ?

Aussi bien arrive-t-il très fréquemment — j'en appelle sur ce point au témoignage des praticiens — que les névralgies syphilitiques, tant par absence de phénomènes spécifiques contemporains que par ignorance des antécédents spécifiques, soient prises pour ce qu'elles ne sont pas, c'est-à-dire pour des névralgies de telle ou telle nature et restent privées du seul traitement qui pourrait les guérir. Elles sont donc essentiellement, peut-on dire, matière à méprise.

De là un fait souvent observé, dont voici le schéma : Une névralgie s'est produite (le plus habituellement sur une femme) ; cette névralgie, on l'a traitée par tel remède, puis par tel autre, puis par tel autre encore, mais toujours avec insuccès. Alors, de guerre lasse et en désespoir de cause, voire en l'absence de tout antécédent avoué, on se décide à prescrire le mercure, et cela *à tout hasard*. Presque à l'instant, changement à vue ; la névralgie s'amende subitement, puis guérit en quelques jours.

Exemple du genre, bon à méditer.

J'ai eu l'occasion, ces dernières années, d'être appelé près d'une jeune dame qui, *depuis quatre à cinq mois*, souffrait d'une affreuse névralgie faciale. Tous les traitements imaginables (sulfate de quinine, opium, belladone, chloral, bromure, injections hypodermiques, vésicatoires, etc.) avaient été mis en usage et n'avaient rien produit, ou n'avaient produit que des sédations médiocres de courte durée. Cet insuccès des médications les plus rationnelles et les plus énergiques sur une femme jeune, de bonne santé habituelle, et indemne jusqu'alors de toute affection nerveuse, me parut tout d'abord quelque peu suspect. Je cherchai la cause de cette névralgie, je la cherchai longtemps et ne la trouvai pas. Ne la trouvant pas, je songeai qu'elle pouvait m'être cachée. J'examinai alors la malade au point de vue de la syphilis et ne découvris rien de suspect. J'interrogeai en ce sens, et n'obtins que des dénégations formelles, voire irritées. Toutefois, comme les confrères qui m'avaient précédé ne m'avaient rien laissé à faire contre une névralgie d'ordre vulgaire, je me décidai à prescrire le mercure *quand même* et *à tout hasard*, c'est-à-dire comme « pierre de touche », suivant l'expression consacrée. Ce fut alors un véritable coup de théâtre. Dès le second jour de ce nouveau traitement, la malade, qui n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits, put reposer quelque peu ; une semaine plus tard, elle était guérie ! J'étais donc tombé juste — et à tout hasard, je le répète — sur une

névralgie syphilitique et bien sûrement syphilitique, car, sans parler du succès significatif du mercure, des aveux ultérieurs vinrent confirmer ce diagnostic alors qu'il n'avait plus besoin de confirmation.

Donc, ne pas oublier, pour la pratique, que le mercure peut constituer un très utile recours contre certaines névralgies rebelles, d'origine spécifique méconnue.

Nature. — Que sont ces névralgies secondaires ? Les uns les considèrent comme purement dynamiques, c'est-à-dire comme se produisant sans lésions, *sine materiâ,* sous la seule influence de la diathèse ; les autres ne les admettent qu'au titre de névroses symptomatiques, symptomatiques de lésions intéressant soit la substance même des nerfs, soit leur névrilème, ou réagissant sur eux par compression, par irritation de voisinage. On a longuement disserté et l'on pourra disserter longtemps encore sur ce point, car les pièces à conviction font défaut au procès, l'anatomie pathologique (s'il en est une) des accidents que nous venons de décrire restant toute à faire.

Ce qu'il est permis seulement d'inférer du peu qu'on sait sur la question est ceci : il est bien possible que, pour un certain nombre de cas, ces névralgies dérivent de lésions matérielles (soit intrinsèques, soit extrinsèques) des cordons nerveux, et cela à la façon des névralgies tertiaires qui, elles, sont toujours symptomatiques de lésions de cet ordre. Mais il est probable que, bien plus souvent, elles ne sont que dynamiques. Ce qui — sous toutes réserves d'ailleurs — semble autoriser à les regarder comme telles, ce n'est pas seulement l'impossibilité actuelle de les rattacher à une lésion connue, c'est aussi un certain ensemble de caractères qui leur sont assez habituels, comme la multiplicité qu'elles affectent en certains cas, leur mobilité, leurs intermittences, leur disparition parfois très rapide, etc., toutes particularités peu compatibles, on en conviendra, avec l'existence d'une altération anatomique.

Traitement. — De par expérience, c'est le traitement *mixte* et à *bonnes doses* qui agit avec le plus d'efficacité contre cet ordre de manifestations. A savoir : mercure, sous forme, par exemple, de pilules de proto-iodure (5 à 10 centigrammes par jour) ou d'injections hypodermiques ; — et iodure de potassium, à dose quotidienne de 2 à 4 grammes.

V

NÉVRITES ET POLYNÉVRITES SECONDAIRES. — Ce groupe d'accidents n'est admis que par induction et par analogie, car le contrôle anatomique lui fait encore défaut. Mais comment la syphilis, maladie si éminemment et si profondément infectieuse, n'aurait-elle pas la

faculté de réagir sur les troncs nerveux à la façon des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, grippe, paludisme, tuberculose, lèpre, etc.) ou même des affections toxiques (alcool, plomb, arsenic) qui déterminent si souvent des symptômes de ce genre? Et, d'autre part, pourquoi cette action de la syphilis ne s'exercerait-elle pas à la période secondaire, période si prodigieusement féconde en accidents nerveux de tout ordre?

Cliniquement, d'ailleurs, l'existence de névrites ou de polynévrites secondaires paraît irrécusable, et cela de par certains symptômes ou syndromes qui, se produisant à une étape jeune de l'infection, semblent bien ne pouvoir être imputés qu'à un *état morbide des cordons nerveux, indépendamment de toute perturbation des centres* (1).

I. — Les névrites ou polynévrites de la période secondaire ne peuvent encore être considérées qu'au titre de manifestations peu communes ou même rares. Mais il est vraisemblable que la fréquence s'en exagérera lorsqu'elles seront plus connues.

Un fait curieux dans leur histoire, c'est leur tendance à se manifester dans une étape *jeune* de l'infection. Il n'est même pas rare, loin de là, qu'elles soient tout à fait *précoces*, c'est-à-dire contemporaines des premières poussées secondaires. Ainsi, on les a vues plus d'une fois coexister avec la roséole ou même avec la période terminale du chancre.

Elles s'observent de préférence chez les sujets jeunes et à prédispositions nerveuses. — A coup sûr, aussi, elles se rencontrent plus communément chez la femme que chez l'homme.

Aucune circonstance étiologique n'a été relevée jusqu'ici comme susceptible d'en motiver le développement.

II. — Cliniquement, elles ne se traduisent que par l'ordre des symptômes qui constituent le tableau usuel des névrites et des polynévrites de tout ordre. Inutile de répéter, en effet, ce qui est de notoriété commune, à savoir que la qualité d'un trouble nerveux dépend non pas de la nature de la lésion qui le provoque, mais de sa localisation.

C'est dire que les symptômes de ces névrites spécifiques seront forcément variables et des plus variables suivant que le nerf affecté sera un nerf moteur, un nerf sensitif, un nerf mixte, un nerf trophique; — comme aussi suivant que la lésion se limitera à un seul tronc ou portera sur plusieurs, etc.

En l'espèce, comme d'une façon générale, les symptômes en question consistent en ceci : troubles de la motilité (faiblesse musculaire, parésie et, moins souvent, paralysie vraie), avec prédominance marquée pour les extrémités des membres; — troubles sensitifs variés

(1) V., pour l'historique de cette question, un travail récent dû au Dr Ménétrel (*Contribution à l'étude clinique des névrites et des polynévrites périphériques à la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1898).

(troubles douloureux, analgésie, anesthésie, hyperalgésie, etc.); — troubles moteurs et troubles sensitifs le plus souvent associés; — troubles possibles, mais plus rares, des sensibilités spéciales ou sensorielles; — troubles trophiques (amyotrophie), ou même, mais exceptionnellement, troubles dermotrophiques, comme dans un cas du Dr Caradec (1), où une névrite du saphène interne s'accompagna d'hyperthermie locale et de rougeur de la peau, « avec production d'une ligne pigmentée brune suivant le trajet du nerf et poussée de poils plus abondants à ce niveau »; — troubles réflexes; — troubles de réaction électrique, etc.; — et tous ces troubles exactement circonscrits à la distribution anatomique du tronc nerveux.

En dépit de ces divers troubles, parfois très accentués, état d'intégrité apparente du nerf affecté, autant du moins qu'on en peut juger par l'exploration clinique. — En quelques cas cependant on a trouvé le nerf sensible, douloureux même à la pression, et cela sur tout ou partie de son trajet.

Dans le seul cas précité de Caradec, on a perçu sur le trajet du nerf (saphène interne) « une série de petits renflements ovoïdes, gros comme des grains de millet, au nombre de vingt-cinq à trente dans son parcours fémoral et de dix à vingt dans son trajet jambier ».

Enfin, rien autre que ces troubles locaux. — Absence absolue de tout symptôme indiquant une participation des centres nerveux. — De même, absence de toute réaction sur l'état général.

Dans cet ensemble, donc, rien de spécial, rien qui puisse servir d'élément différentiel entre ces névrites d'ordre spécifique et les névrites de n'importe quelle autre provenance. Tout au plus, en certains cas, exacerbation nocturne plus ou moins marquée des phénomènes douloureux; mais c'est là, on le sait, un symptôme qui s'observe en dehors de toute spécificité et qui, conséquemment, ne comporte qu'une signification diagnostique des plus restreintes.

En sorte que la spécificité de ces névrites spécifiques n'est démontrable par aucun de leurs caractères. Elle ne l'est qu'indirectement, de par les considérations suivantes : 1° elles sont toujours précédées d'antécédents de syphilis; — 2° elles coexistent souvent, le plus souvent, avec telle ou telle manifestation de syphilis; — 3° elles se produisent sous des formes à peu près semblables et en des conditions toujours identiques, à savoir sur des sujets en période secondaire et le plus habituellement à terme jeune de la période secondaire; — 4° enfin, soit dit par avance, elles subissent du traitement antisyphilitique une influence curative qui n'est pas récusable.

III. — *Localisations. — Types les plus communs.* — Tantôt les accidents névritiques se limitent à un seul cordon nerveux; — et tantôt ils en affectent plusieurs, deux, trois, quatre, voire un plus

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 98.

grand nombre (*polynévrites*). C'est dire que tantôt ils se limitent à un membre, voire à un segment d'un membre, et tantôt ils affectent plusieurs membres (par exemple, les deux membres supérieurs ou inférieurs), ou même (mais bien plus rarement) les quatre membres.

Au surplus, tout ce qu'on pourrait dire encore sur ces localisations et leur fréquence respective reste absolument sujet à révision. Cela pour deux motifs : d'une part, c'est là un sujet de connaissance toute récente ; d'autre part et surtout la détermination exacte des accidents cliniques qui sont positivement imputables à des névrites est encore toute à faire. Ainsi, convient-il ou non de rapporter à des névrites ces hémiplégies faciales et ces paralysies oculaires qui se produisent parfois au cours de la période secondaire et dont la raison anatomique, imputée jadis à des périostoses et actuellement à des lésions propres des cordons nerveux, reste au total encore inconnue? Convient-il de même de rapporter à des névrites ces troubles si curieux de la sensibilité (anesthésie, analgésie secondaire, etc.) dont je vais avoir bientôt à parler? Impossible d'avoir une opinion faite sur ces divers points.

On dit avoir observé des névrites sur la plupart des nerfs, nerfs des membres, nerfs craniens, nerfs du tronc, nerfs moteurs, sensitifs ou mixtes, et même nerfs sympathiques. Tous ces divers types sont loin d'être démontrés. Quelques autres, au contraire, sont incontestables, tels que les suivants que je citerai comme exemples.

1° Aux membres supérieurs, c'est le **nerf cubital** qui, chose curieuse, est le plus fréquemment affecté.

Cette névrite du cubital, dont plusieurs exemples ont été relatés par MM. Gaucher, Barbe, Neumann, Champenier (1), etc., se traduit par les symptômes suivants : Comme entrée en scène, douleurs vagues dans le bras, avec engourdissement et fourmillements dans l'annulaire et l'auriculaire ; — puis, douleurs s'accentuant et se divisant en deux ordres : douleurs continues, de caractère sourd ; douleurs intermittentes, vives, sous forme d'élancements névralgiques et paroxystiques ; — puis, phénomènes de parésie ; diminution de la force musculaire de la main, avec gêne et faiblesse prédominantes pour certains mouvements (2) ; — diminution notable de la sensibilité tactile dans la moitié interne de la main ; — atrophie musculaire plus ou

(1) *Des névrites syphilitiques et, en particulier, de la névrite cubitale de la période secondaire*, thèse de Paris, 1895.

(2) Au détail, voici ce qu'on a observé comme troubles de motilité : « Difficulté pour pincer avec le pouce et l'index ; — impossibilité d'étendre complètement l'annulaire et le petit doigt ; — difficulté pour rapprocher le petit doigt de l'annulaire ; — diminution, très nette au dynamomètre, de la force de la main, ce qui est dû à la parésie des deux faisceaux internes du muscle fléchisseur profond qui sont innervés par le cubital ; — pour la même raison, flexion de la main difficile ; — adduction de la main difficile, parce que le cubital antérieur, qui participe à ce mouvement, est atteint dans son innervation. — En outre, contractilité électrique diminuée dans les muscles affectés. » (Champenier.)

moins accentuée des espaces interosseux et aplatissement de l'éminence hypothénar, etc.

Comme exemple, voici les particularités cliniques que M. Gaucher a relevées sur l'une de ses malades.

Femme âgée de trente-quatre ans. — Aucun antécédent hystérique. — Syphilis contractée vers novembre 1894. — Roséole; quelques papules; céphalée; névralgie faciale droite; névralgies intercostales du même côté.

Vers la fin de janvier 1895, fourmillements et engourdissements, d'abord intermittents, puis continus, dans l'annulaire et l'auriculaire droits, puis dans la moitié interne de l'avant-bras correspondant. — Diminution notable des diverses sensibilités dans la moitié interne de la main et au bord cubital de l'avant-bras. — Troubles moteurs. — Lorsqu'on fait serrer un de ses doigts entre le pouce et le petit doigt ou l'annulaire de la malade, on constate une grande diminution de la force musculaire du côté droit (adducteur du petit doigt). La différence, sans être aussi grande, est néanmoins sensible lorsque la malade pince avec le pouce et l'index (grand adducteur du pouce). — La force dynamométrique est notablement diminuée à la main droite (11 à droite contre 35 à gauche). — Dès février, atrophie musculaire notable, au niveau du bord interne de la main, des espaces interosseux et de l'éminence thénar (grand adducteur du pouce), etc.

2° Aux membres inférieurs, les névrites secondaires intéressent surtout le **sciatique**. Le cas suivant, relaté par le Dr Ludovic Dubois, est un bel exemple de névrite sciatique développée dans la période secondaire. Il tiendra lieu de description.

Femme âgée de vingt et un ans. — Grossesse et syphilis dès le début du mariage (mai 1882). — Lésions aux parties génitales; puis syphilides. — Accouchement en décembre d'un enfant mort-né.

Peu de temps après l'accouchement, explosion d'une sciatique gauche des plus intenses. *Douleurs* extrêmement vives, surtout dans l'après-midi et la nuit.

Nerf douloureux dans toute son étendue. — Perte d'appétit. — Affaissement par le fait des souffrances.

Sensibilité diminuée dans tout le membre, mais plus manifestement en certains points (partie externe de la jambe et dos du pied).

Affaiblissement du membre malade. Marche impossible, non seulement par le fait des douleurs, mais en raison de la débilité des muscles de la jambe.

De plus, membre amaigri par *amyotrophie*. — Mensuration fournissant les chiffres suivants : 34 centimètres à la cuisse gauche, contre 38 à la cuisse droite ; — 25 centimètres au mollet gauche contre 27,5 au droit.

Sueurs très abondantes, localisées au membre malade.

Le 25 février, on commence le traitement mercuriel (injections de peptonate mercurique). — *Quatre à cinq jours après, amélioration notable.* Douleurs bien moins vives; quelques jours plus tard, la malade peut marcher. — On associe au traitement les courants continus.

Le 31 mars, exeat.

Revue au delà en état de guérison complète. Les douleurs n'ont plus reparu, et, de plus, le membre a repris son volume normal (1).

Polynévrites. — Les polynévrites se traduisent par des symptômes de même ordre, mais *à foyers multiples*. — Comme expression prédominante, elles s'accusent cliniquement par des parésies intéressant les membres, soit les deux membres supérieurs, soit les deux membres inférieurs, soit même (mais plus rarement) les quatre membres.

C'est ainsi qu'on a vu des sujets syphilitiques présenter, en pleine période secondaire, soit une parésie des deux bras, avec douleurs, atrophie musculaire et réaction de dégénérescence (cas de Leyden) ; — soit des symptômes de paraplégie, avec douleurs, altération de la sensibilité, amyotrophie, mais avec intégrité des sphincters (cas de Fordyce) ; — etc.

Une observation très détaillée et très intéressante, due à MM. Spillmann et Etienne, est un bel exemple d'une *polynévrite secondaire diffuse, affectant les quatre membres.*

Cette polynévrite, qui s'était annoncée dès le quatrième mois environ de la maladie, était pleinement accomplie vers le dixième. Elle se caractérisait alors par une paralysie affectant d'une façon prédominante les extrémités des membres, par une amyotrophie considérable et des troubles de la sensibilité. Soumise au traitement spécifique, elle s'amenda presque immédiatement, puis guérit.

Ce fait est vraiment trop curieux pour que je n'en donne pas ici une courte analyse.

Jeune homme de vingt-deux ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents d'alcoolisme et de saturnisme.

Syphilis datant de dix mois (chancres indurés, syphilides bénignes ; — plus tard, céphalée, vertiges, asthénie).

Au dixième mois de la maladie, on constate (sans parler de divers accidents spécifiques, tels que roséole de retour, alopécie intense, plaques muqueuses, hypertrophie de la rate et du corps thyroïde, etc.) des symptômes nerveux des plus accentués, consistant en ceci :

1° *Troubles de motilité :* Impossibilité absolue de marcher ; même soutenu, le malade s'affaisse. — Phénomènes paralytiques, prédominant aux extrémités ; ainsi, tandis que les jambes peuvent encore être soulevées au-dessus du lit, la flexion et l'extension des pieds sont totalement abolies. — Il en est de même aux membres supérieurs, où la force musculaire, assez bien conservée aux bras et aux avant-bras, est presque abolie au niveau des poignets. Le malade ne peut serrer avec les mains. — Au lit, impossibilité de s'asseoir sans le secours des bras. — Sphincters indemnes.

2° *Sensibilité* au toucher et à la piqûre presque abolie au niveau du pied et

(1) Ludovic Dubois, *De la sciatique d'origine syphilitique et en particulier de la sciatique dans le cours des accidents secondaires.* Thèse de Paris, 1884.

de la jambe, du côté droit. — Aucune douleur spontanée ; mais muscles et nerfs douloureux à la pression.

3° *Amyotrophie* très accentuée au niveau des membres, des muscles intercostaux, des masses dorso-lombaires et des interosseux.

4° *Réflexes* des genoux abolis.

Traitement spécifique (par injections de thymol-acétate de mercure) commencé le 28 novembre. — Amélioration immédiate des plus notables, obtenue en quelques jours, puis progressive. — Le malade, dès le 30 décembre, peut marcher sans le secours de personne. — Restauration complète de l'amyotrophie vers la seconde quinzaine de mars, etc.

« Bien sûrement, ajoutent les auteurs, il s'est agi dans ce cas d'une *polynévrite périphérique d'origine syphilitique*. En l'absence de tout antécédent infectieux ou toxique, comme de toute cause occasionnelle (telle que le froid), la syphilis se présentait comme seule étiologie possible ; d'autant que le malade se trouvait en pleine phase d'infection secondaire généralisée, et que ces accidents nerveux ont coïncidé avec une poussée cutanée nouvelle... D'autre part, il ne pouvait s'agir de myélite. Au cas d'une myélite centrale, aiguë ou subaiguë, nous aurions eu à observer des troubles sensitifs beaucoup plus considérables, et les sphincters auraient été rapidement intéressés. Au cas d'une myélite antérieure, il ne se serait produit aucun trouble de sensibilité. Dans les deux cas, nous aurions eu paralysie totale, et non pas cette prédominance extrêmement marquée vers les extrémités périphériques ; puis, l'évolution aurait été tout autre. — La polynévrite périphérique était donc seule acceptable, en raison de la prédominance des phénomènes de paralysie et d'atrophie musculaire, de l'absence de douleurs spontanées, de l'état douloureux des nerfs et des muscles à la pression, etc... »

A remarquer surtout dans ce cas, comme caractéristique en l'espèce, la *prédominance des phénomènes paralytiques sur les extrémités des membres*.

J'ai observé en ville, avec M. le Dr Gilles de la Tourette, un fait analogue sur une jeune femme de vingt-deux ans, de bonne santé antérieure, et non hystérique. Un an après le début d'une syphilis qu'elle tenait de son mari, elle fut prise de très vives douleurs dans le cou, les bras, les hanches, les genoux, les pieds et, plus particulièrement, les orteils. Bientôt après se développa une parésie progressive des quatre membres, surtout marquée aux membres inférieurs, et prédominante dans les mains et les pieds. La marche, notamment, devint bientôt impossible. Les pieds étaient tombants, incapables de se redresser, froids, violacés, et toujours en état de moiteur visqueuse. — Les muscles des jambes s'atrophièrent, en donnant la réaction de dégénérescence. — Les sphincters restèrent indemnes. — On aurait pu croire à une paralysie alcoolique, mais les antécédents excluaient absolument ce diagnostic. — Le traitement spécifique et l'électricité dissipèrent en quelques mois tous ces divers symptômes.

Évolution, pronostic, traitement. — Ces manifestations névritiques procèdent toujours par un début insidieux et une évolution

originelle assez lente. Accomplies, elles restent stationnaires. — Que deviendraient-elles et que dureraient-elles en l'absence d'un traitement approprié à leur nature? Impossible de le préciser encore, étant donné le petit nombre de faits dont on dispose actuellement.

Tout ce qu'on peut en dire est qu'elles cèdent assez facilement à la médication spécifique. Toujours, jusqu'ici du moins, on les a vues guérir sous l'influence de cette médication. Le pronostic peut donc en être dit bénin.

Le mercure est certainement en l'espèce le remède de choix, associé ou non à l'iodure. — L'électricité a paru d'un très utile secours pour combattre l'atrophie et activer le rétablissement de la force musculaire.

VI

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — ANALGÉSIE SECONDAIRE. — C'est l'induction qui m'a conduit (il y a déjà de longues années) à étudier l'état de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis. Voyant que nombre d'intoxications et d'infections ont pour résultat d'altérer cette sensibilité suivant divers modes, je me suis demandé si la syphilis ne ferait pas pareille chose. Et d'une longue, très longue enquête instituée à ce sujet il a résulté pour moi ceci :

1° Que fréquemment, très fréquemment, l'infection secondaire se traduit *chez la femme* par des troubles divers de la sensibilité générale et, tout spécialement, par une curieuse *analgésie* que recommandent à l'attention des localisations spéciales;

2° Que des troubles analogues peuvent se rencontrer chez l'homme, notamment chez l'homme jeune, nerveux, de tempérament féminin, mais qu'ils sont très rares, voire exceptionnels, dans notre sexe.

Modalités cliniques. — Ces troubles sont variés de forme, en ce sens qu'ils peuvent affecter la sensibilité suivant différents modes. Ainsi :

1° Tantôt ils n'intéressent que la sensibilité *à la douleur*, c'est-à-dire constituent ce qu'on appelle l'**analgésie**. C'est là leur forme infiniment la plus commune.

2° Tantôt ils portent à la fois sur la sensibilité à la douleur et la sensibilité au contact, de façon à rendre les malades simultanément analgésiques et anesthésiques.

3° Tantôt, enfin, ils intéressent coïncidemment le sens de la température.

Quelques détails.

La forme usuelle de ces accidents, c'est, je le répète, l'analgésie pure et simple. Dans cette forme, la malade est plus ou moins insen-

sible à une excitation douloureuse, telle que la piqûre à l'épingle, mais elle a conservé le sens du contact. Elle sent qu'elle est touchée par l'épingle sans en éprouver de douleur.

Conjointement avec l'anesthésie tégumentaire, le sens du tact peut être aboli. Cela est beaucoup plus rare. — Mais, remarque curieuse, si l'analgésie peut exister sans anesthésie, la réciproque n'a pas lieu. La syphilis ne fait pas d'anesthésie pure, exceptions rares réservées.

Quelquefois, enfin, mais seulement dans les cas de syphilis nerveuse accentuée, la perte du sens de température s'associe à l'analgésie.

Analgésie secondaire. — Forme de beaucoup la plus importante, soit qu'elle existe seule, soit (ce qui est plus rare) qu'elle se combine à d'autres troubles de sensibilité.

D'abord, comme intensité de symptôme, elle comporte de nombreuses variétés. Tantôt elle ne consiste qu'en une diminution plus ou moins accentuée, légère même parfois, de la sensibilité douloureuse. Tantôt, au contraire, cette sensibilité est presque absolument éteinte, voire abolie. — Entre ces deux extrêmes, tous intermédiaires possibles.

Comme siège, variétés non moins multiples. Ainsi :

1° Elle peut être généralisée ou quasi généralisée à toute l'étendue des téguments. C'est là une forme rare, presque exceptionnelle.

2° Pour l'énorme majorité des cas, au contraire, elle n'est que *partielle*.

Partielle, elle est presque toujours *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté, différant en cela (notons ce point au passage) de l'analgésie hystérique, qui se limite souvent à une moitié du corps.

Partielle, elle est presque toujours *départementale*, c'est-à-dire circonscrite à de certaines régions pour lesquelles elle affecte, comme je le dirai dans un instant, une prédilection singulière et presque révélatrice.

3° Il n'est pas rare, enfin, qu'elle soit absolument irrégulière, voire désordonnée comme localisations. Ainsi, parfois elle se distribue *en îlots*, auquel cas des placards analgésiques (de l'étendue de la paume de la main ou même de la main) se trouvent encadrés par des tissus à sensibilité intacte (1). Plus capricieuse et plus bizarre encore quelquefois, elle peut n'affecter qu'un ou quelques

(1) Comme exemple de cette curieuse distribution de l'analgésie *par îlots*, je citerai le cas d'une des malades actuelles de mon service. Devenue analgésique sous nos yeux, par le fait d'une syphilis secondaire à manifestations nerveuses multiples, cette femme n'a perdu la sensibilité à la douleur que sur certains départements de l'enveloppe cutanée. Ainsi :

Au niveau du tronc, l'analgésie est distribuée par plaques, à la périphérie des quelles le contact douloureux de l'épingle est nettement perçu.

Sur les membres supérieurs, elle occupe les faces externe et postérieure des bras,

doigts, en laissant les autres indemnes, comme aussi inversement les affecter tous à l'exception d'un ou de deux, etc. (1).

Mais je passe sur ces détails, qui ne sont que curieux, pour arriver au caractère vraiment majeur de l'analgésie secondaire.

Ce caractère, c'est la singulière prédilection de siège qu'elle affecte pour deux régions, à savoir :

1° La RÉGION MAMMAIRE ;

2° La RÉGION DORSALE DU MÉTACARPE.

I. — N'est-ce pas, d'abord, chose plus qu'inattendue, plus que bizarre, de voir la syphilis faire élection du sein pour se traduire là, sur un organe aussi sensible, aussi hyperesthésique physiologiquement, par des troubles analgésiques? Et n'est-ce pas extraordinaire, d'autre part, que de voir les téguments du sein analgésiés au centre de téguments dont la sensibilité est restée indemne ?

Eh bien, si invraisemblable que cela soit *à priori*, cela est cependant. Des centaines de fois j'ai montré à mes élèves et aux auditeurs de mes cliniques des femmes en puissance de syphilis secondaire qui ne sentaient absolument pas la piqûre de l'épingle sur la région même du sein, tandis qu'elles la percevaient sur toutes les régions périphériques. Le fait reste donc incontestable et d'ailleurs incontesté.

II. — Mais bien plus commune encore et non moins caractéristique est la localisation dorso-métacarpienne de l'analgésie. Rien de plus fréquent que d'observer ceci : Au niveau de la *face dorsale du métacarpe*, insensibilité des téguments à la piqûre, alors qu'au voisinage, c'est-à-dire sur les faces latérales de la main et sur la région palmaire, la sensibilité à la piqûre reste conservée. Il y a même là un contraste saisissant pour l'observateur, qui détermine ou non une douleur suivant qu'il pique la face palmaire ou la face dorsale de la même main.

la face externe des avant-bras, la face dorsale du métacarpe et des doigts ; mais partout ailleurs la sensibilité est restée normale.

Aux membres inférieurs, la localisation de l'analgésie est plus irrégulière encore : longue bande analgésique suivant la face externe de la cuisse ; plaques analgésiques sur les faces latérales du genou, dont les parties antérieure et postérieure conservent leur sensibilité intacte ; large plaque analgésique occupant la face antéro-externe de la jambe ; îlots analgésiques autour de l'articulation tibio-tarsienne. — Sur tous les autres points et aux pieds notamment, état absolument normal de la sensibilité.

(1) Exemples : une de nos malades ne présentait d'analgésie que sur la face dorsale du métacarpe gauche et de l'annulaire gauche ; — une autre était analgésique au niveau des seins, des joues, de la face dorsale des métacarpes et de tous les doigts, à l'exception de l'annulaire et de l'auriculaire gauches (!) ; — une troisième n'était analgésique qu'à droite, au niveau de la joue, du cou, du sein, du bras, de l'avant-bras et de la face dorsale du métacarpe, etc.

Toutes les bizarreries possibles ont été notées au point de vue des localisations de cette analgésie secondaire.

Cette analgésie occupe exactement comme siège la face dorsale du métacarpe, surtout au niveau de sa région centrale. — Assez souvent elle se prolonge plus ou moins soit sur la face dorsale des doigts, soit sur la face dorsale du poignet.

Elle peut exister là exclusivement. Mais, très souvent aussi, elle coïncide avec l'analgésie mammaire ou avec des analgésies d'autres sièges. — Dans ce dernier cas, elle affecte généralement son intensité maxima sur la région métacarpienne. — C'est là aussi qu'elle survit le plus longtemps, alors que des analgésies d'autres sièges ont déjà disparu.

Aussi bien, déduction pratique, est-ce sur la face dorsale du métacarpe qu'il convient de rechercher de prime abord l'analgésie secondaire, et cela pour deux raisons : parce que, d'une part, elle existe toujours là alors qu'elle existe ailleurs ; — et parce que, d'autre part, elle peut n'exister ou ne plus exister que là.

Analgésie mammaire et analgésie dorso-métacarpienne, voilà pour l'analgésie secondaire deux localisations préférées, deux foyers d'élection. Eh bien, en vérité, nul besoin d'insister pour faire ressortir la *singularité* même de ces deux localisations, singularité qui ne saurait tenir qu'au génie morbide, qui ressort bien certainement de l'essence même d'origine de tels symptômes, et qui, conséquemment, confère à l'ánalgésie syphilitique une physionomie spéciale dont le diagnostic peut faire utile profit.

III. — L'analgésie secondaire est essentiellement une analgésie *cutanée*. Elle intéresse la peau, mais laisse indemnes les tissus sous-jacents. Ainsi, la même malade qui ne sent pas la piqûre de l'épingle est sensible à des excitations plus profondes (telles que le pincement), c'est-à-dire intéressant le tissu cellulaire ou les filets nerveux sous-cutanés.

De plus, cette analgésie cutanée est superficielle ou profonde suivant les cas. Parfois elle se tient, si je puis ainsi parler, à fleur de peau, en sorte que la piqûre de l'épingle n'est pas sentie si elle reste superficielle, mais devient douloureuse si elle pénètre plus avant. — En d'autres cas elle intéresse le derme plus profondément, voire dans dans toute son épaisseur, et alors on peut traverser la peau sans éveiller la moindre sensation de douleur.

Enfin, cette analgésie secondaire est-elle susceptible de s'étendre aux muqueuses? Il est certain que, plusieurs fois, on a vu coïncider avec elle des troubles anesthésiques ou analgésiques de diverses muqueuses (muqueuse buccale, linguale, nasale, conjonctivale, etc.). Mais, d'une part, les cas de cet ordre sont rares. D'autre part, il n'est pas à méconnaître que l'hystérie peut ne pas y être étrangère. En

sorte que la question des analgésies muqueuses d'origine spécifique est loin encore d'être résolue. Il convient, je crois, de la réserver.

IV. — La *durée* de ces troubles de sensibilité est très variable. Dans les cas légers, elle peut ne pas dépasser quelques septénaires. Mais, bien plus souvent, elle se prolonge davantage, à savoir trois, quatre à cinq et six mois.

Il n'est pas rare encore que l'analgésie secondaire disparaisse dans la plupart de ses foyers pour subsister longuement sur quelques-uns, notamment sur les membres et sur la face dorsale du métacarpe. Ainsi, j'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs femmes qui, après douze à quinze mois, conservaient encore des îlots analgésiques sur quelques points.

Nature. — Il était bien légitime de se demander si ces troubles de la sensibilité procèdent bien réellement de la syphilis ou s'ils ne dérivent pas d'affections étrangères coïncidant avec la syphilis, telles que l'hystérie tout particulièrement. Or, la question, longuement examinée et étudiée sous toutes ses faces, me semble jugée actuellement de la façon suivante.

I. — Non, bien certainement, ces troubles de sensibilité ne sont pas imputables à l'*hystérie*, car on les observe très fréquemment sur des femmes n'offrant absolument rien d'hystérique ni dans leurs antécédents ni dans leur état actuel, voire indemnes de toute prédisposition héréditaire ou acquise aux accidents nerveux. Je me suis aidé récemment, en vue de contrôler les résultats de mon enquête personnelle, du concours de mon collègue et ami le Dr Gilles de la Tourette, si compétent en pareille matière, et ce distingué médecin a constaté, comme moi, que les troubles en question se rencontrent souvent sur des malades *à l'abri de tout soupçon d'hystérie*.

D'ailleurs, quand on étudie de près et comparativement l'analgésie que réalise l'hystérie et celle de nos malades, ce parallèle dénonce de l'une à l'autre des différences multiples et importantes qui témoignent bien de leur diversité d'origine. On en jugera par le tableau suivant :

Analgésie syphilitique.	**Analgésie hystérique.**
I. — Assez souvent *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté, et n'affectant pas de prédilection pour la moitié *gauche* du corps.	I. — Très souvent *asymétrique*, et affectant une prédilection très marquée pour une *moitié* du corps, la *gauche* en particulier.
II. — Prédilection très marquée pour certaines localisations spéciales, à savoir : 1° *Face dorsale du métacarpe*; 2° Région du *sein*.	II. — Pas de prédilection pour la face dorsale du métacarpe et les seins.

Analgésie syphilitique (*Suite*).	**Analgésie hystérique** (*Suite*).
III. — Distribution remarquablement *irrégulière*, en nombre de cas; — fréquence de la forme dite analgésie *en îlots*.	III. — Distribution moins irrégulière relativement; — nappes analgésiques généralement plus étendues.
IV. — Anesthésie ne s'associant à l'analgésie que dans un nombre de cas assez limité.	IV. — Anesthésie très fréquemment associée à l'analgésie.
V. — Coïncidence exceptionnelle de phénomènes hyperesthésiques avec l'analgésie de la syphilis.	V. — Coïncidence très habituelle d'accidents hyperesthésiques avec l'analgésie de l'hystérie.
VI. — Extension rare de l'analgésie cutanée aux muqueuses; — anesthésie et analgésie musculaire tout à fait exceptionnelles.	VI. — Extension très fréquente des troubles de sensibilité cutanée soit aux muqueuses, soit aux muscles.
VII. — Coïncidence très habituelle, voire presque constante, d'accidents spécifiques secondaires. Antécédents de syphilis.	VII. — Symptômes concomitants ou antérieurs : phénomènes multiples d'hystérie convulsive ou vaporeuse, d'hystéricisme, de nervosisme. *Stigmates* variés d'hystérie. Sauf coïncidence, pas d'accidents actuels ou d'antécédents de syphilis.

II. — D'autre part, que l'on juge si de bonnes et légitimes raisons n'autorisent pas à rattacher à la syphilis ces troubles de sensibilité.

1° C'est, d'abord, la *fréquence même* de ces troubles, qui, je le rappelle encore, sont *des plus communs* chez la femme à la période secondaire. Seraient-ils aussi fréquents s'ils ne constituaient que des accidents de fortuite coïncidence ? Le simple bon sens se refuse à le croire.

2° C'est, en second lieu, — raison plus probante encore — le développement de ces troubles *dans des conditions toujours identiques*. Quand les voit-on se manifester? Toujours à la période secondaire de la syphilis, et cela dans les premiers mois de cette période, coïncidemment soit avec d'autres accidents syphilitiques d'allure différente (éruptions cutanées, papules muqueuses, adénopathies, etc.), soit avec d'autres phénomènes de même ordre affectant le système nerveux. Ne serait-il pas singulier que, faisant partie d'un tel ensemble, ces troubles de sensibilité n'y figurassent qu'au titre de manifestations étrangères et par le seul fait d'éventuelles coïncidences ?

3° C'est, en troisième lieu, l'*évolution* même de ces désordres pathologiques. Apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, ils se conduisent, si je puis ainsi parler, comme ces dernières manifestations, à savoir : ils durent ce qu'elles durent ou peu s'en faut; — ils s'atténuent et disparaissent avec elles; — ils subissent à peu près la même influence que celles-ci du traitement et du temps. Ils sont, en un mot, ce qu'elles sont, et ils évoluent comme elles. Comment leur refuser l'essence syphilitique, indéniable aux accidents du groupe pathologique dont ils font partie ?

Et, d'ailleurs, qu'y a-t-il donc de surprenant à ce que la syphilis

éveille de tels désordres ? N'est-ce pas une maladie qui, chez la femme surtout, influence au plus haut point le système nerveux et en trouble le fonctionnement de cent façons différentes ? Ne voit-on pas, d'autre part, des phénomènes semblables se produire dans bon nombre d'infections ou même d'intoxications, par exemple dans l'empoisonnement saturnin, arsenical, alcoolique, etc. ? L'analogie pathologique témoigne donc, elle aussi, en faveur de l'opinion que je défends, et, somme toute, je conclurai en disant que tout nous autorise à croire que le poison syphilitique peut, à l'égal d'autres poisons, retentir sur la sensibilité.

VII

TREMBLEMENT MUSCULAIRE. — Une autre modalité nerveuse, résultant de l'éréthisme secondaire, consiste dans le *tremblement*, phénomène peu connu et n'ayant pas encore fait sa trouée dans la science courante, bien que je l'aie décrit d'assez vieille date déjà.

C'est là, je l'avoue, un phénomène assez rare. Toutefois, lorsqu'on observe sur un public nombreux et dans des services spéciaux, il ne laisse pas de se présenter de temps à autre. En quatre années, à Lourcine, j'ai pu en recueillir une trentaine de cas.

C'est là aussi, par excellence, un phénomène de syphilis *féminine*. A quelques très rares exceptions près, je ne l'ai jamais rencontré que chez la femme.

Il appartient presque exclusivement à la période secondaire, et c'est même un symptôme assez précoce de cette période. Presque toujours il est contemporain de ces grandes poussées nerveuses qui se produisent chez la femme dans les trois, quatre ou six premiers mois de l'infection.

Comme préambule, inutile de dire qu'il n'offre rien de commun avec le tremblement qui, à des étapes plus reculées de la diathèse, se produit parfois comme symptôme de lésions tertiaires du névraxe. Ce dernier a son origine et sa raison dans des altérations graves des centres nerveux ; il coïncide presque nécessairement avec des parésies, des paralysies, des troubles intellectuels, des symptômes cérébraux divers. Tout autre est le tremblement secondaire. Celui-ci constitue à lui seul toute l'affection. Il ne comporte ni, comme origine, une lésion cérébrale, ni, comme phénomènes associés, des accidents d'encéphalopathie. C'est un simple trouble *dynamique* du système nerveux, trouble isolé, essentiellement temporaire, nécessairement bénin.

Symptômes. — Ce tremblement secondaire consiste exclusivement en ceci : une agitation convulsive de certaines parties du corps sous forme de rapides secousses, résultant d'une série alternative de contractions et de relâchements musculaires.

Il se produit d'une façon assez brusque, sans être précédé d'aucun phénomène qui l'annonce. Du jour au lendemain les malades s'aperçoivent, non sans étonnement, que leurs mains tremblent. Je dis « leurs mains », parce que le tremblement débute toujours par les membres supérieurs. Jamais il n'affecte du premier coup les membres abdominaux.

Il est toujours *partiel*. Dans aucun cas je ne l'ai vu se généraliser.

Comme siège, il occupe exclusivement les membres (1), et les *membres supérieurs* bien plus souvent que les inférieurs. — Jamais il ne s'étend au tronc, non plus qu'à la tête.

Parfois il est circonscrit, unilatéral, limité, par exemple, à un seul bras.

En définitive, c'est toujours aux mains qu'il est le plus accusé et le plus facilement appréciable en conséquence pour le malade comme pour le médecin.

Variable de forme et d'intensité, il consiste tantôt en une sorte de trépidation musculaire à rapides et très petites secousses, qu'il faut en quelque sorte guetter pour les percevoir, et tantôt en des oscillations bien plus accentuées, bien plus étendues, presque comparables, par exemple, à celles de l'alcoolisme ou du tremblement de la frayeur. Entre ces deux extrêmes tous les degrés intermédiaires peuvent s'observer. — Quelle qu'en soit la forme, du reste, l'observateur, en plaçant la main sur le membre affecté, perçoit nettement dans les masses musculaires une agitation convulsive, une sorte de frémissement fibrillaire.

Cadencé et rythmique en certains cas, ce tremblement affecte, en d'autres circonstances, une notable irrégularité. Il se compose alors d'une série de secousses très inégales entre elles, auxquelles s'ajoutent souvent des spasmes plus étendus.

Le sphygmographe (qui peut être détourné de ses applications habituelles pour servir d'instrument enregistreur des tremblements musculaires) rend un compte précis de toutes les formes, de toutes les nuances dont est susceptible le phénomène que nous étudions. Il les *écrit*, pour ainsi dire, il les enregistre avec une fidélité surprenante. Grâce à lui, je vais pouvoir produire toute une série de tracés qui représenteront le tremblement secondaire dans ses diverses variétés.

Voici d'abord quatre spécimens de la première variété, consistant en une sorte de *trépidation musculaire rythmique, à petites et très brèves secousses* (fig. 2, 3, 4, 5).

Cette variété n'est pas la plus commune. Elle cède le pas, comme fréquence, à la suivante (fig. 6), consistant en une série de secousses musculaires à la fois *plus étendues*, *moins rapides*, *plus irrégulières*.

(1) Dans un seul cas, j'ai noté sur une de mes malades un léger tremblement de la langue, lequel n'a pas persisté au delà de quelques jours.

Ce dernier tracé représente le tremblement syphilitique composé par une série d'oscillations musculaires *d'étendue moyenne, presque*

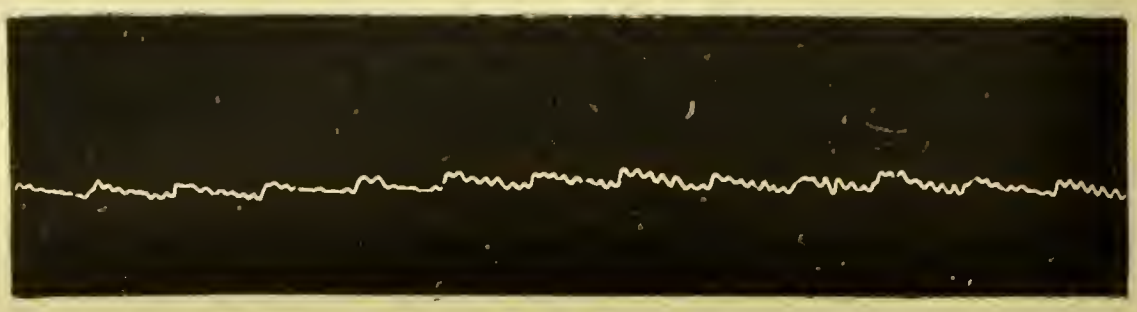

Fig. 2.

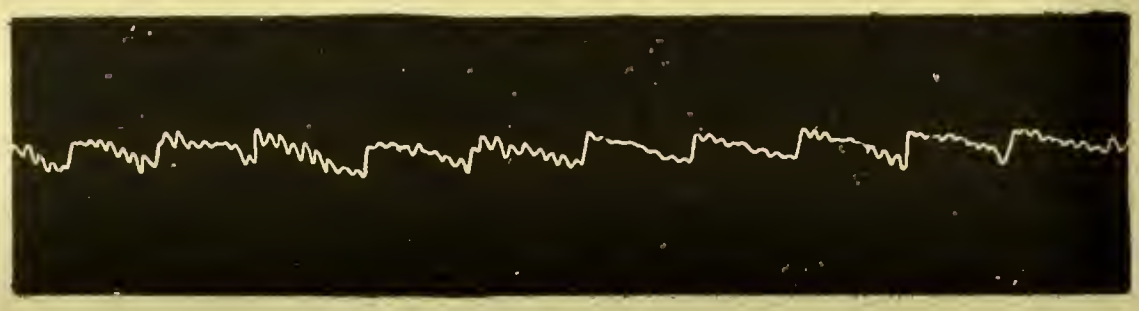

Fig. 3.

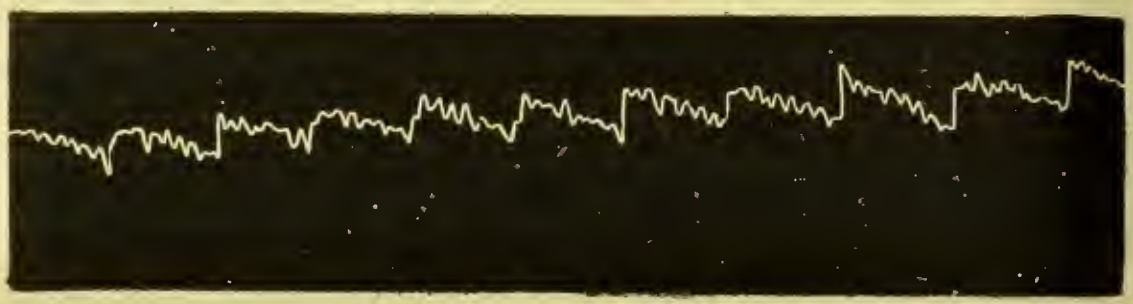

Fig. 4.

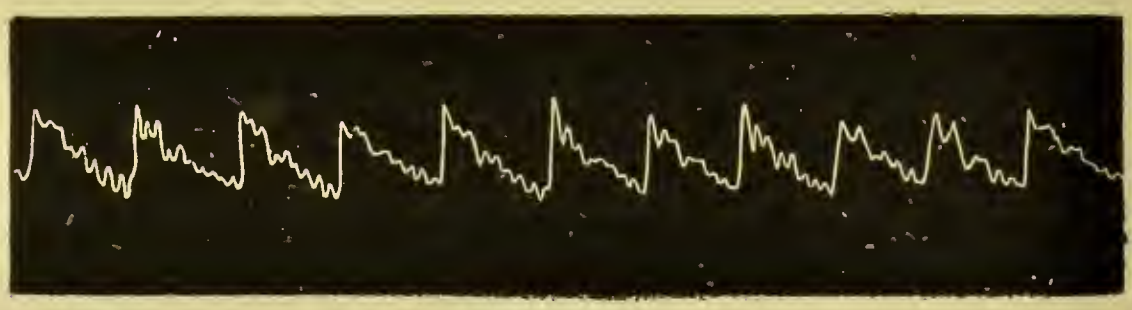

Fig. 5.

Fig. 6.

égales entre elles et régulières, pour ainsi dire, dans leur irrégularité.

Tel, en effet, il s'offre fréquemment à l'observation.

Le plus habituellement, toutefois, à ces oscillations d'égale étendue s'ajoutent d'une façon intermittente des secousses plus intenses, de véritables *soubresauts* musculaires, lesquels soulèvent ou abaissent brusquement le levier du sphygmographe, de façon à donner lieu aux tracés les plus bizarres. (Voy. comme exemples, les figures 7, 8 et 9.)

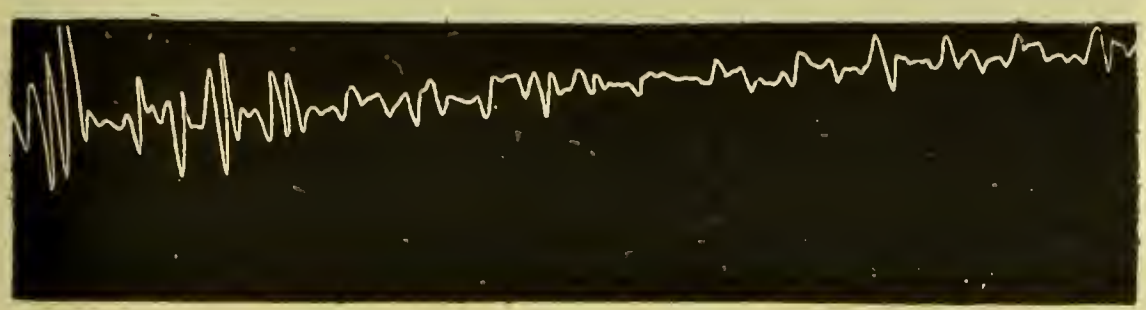

Fig. 7.

Fig. 8.

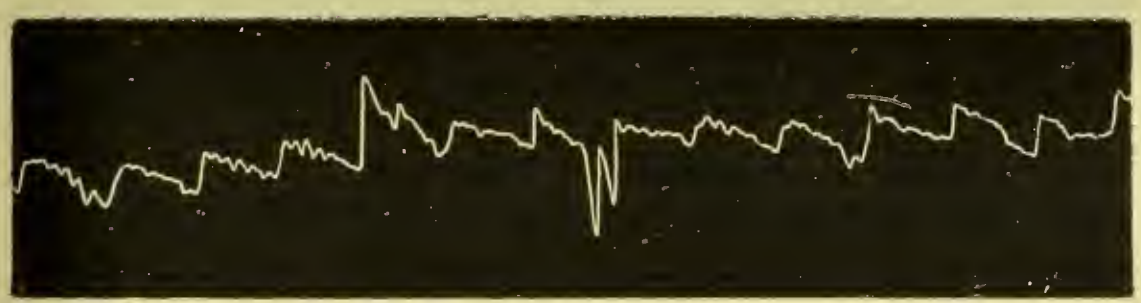

Fig. 9.

Parfois encore ces soubresauts musculaires deviennent extrêmement intenses et projettent le levier à une grande hauteur, comme dans les figures 10 et 11.

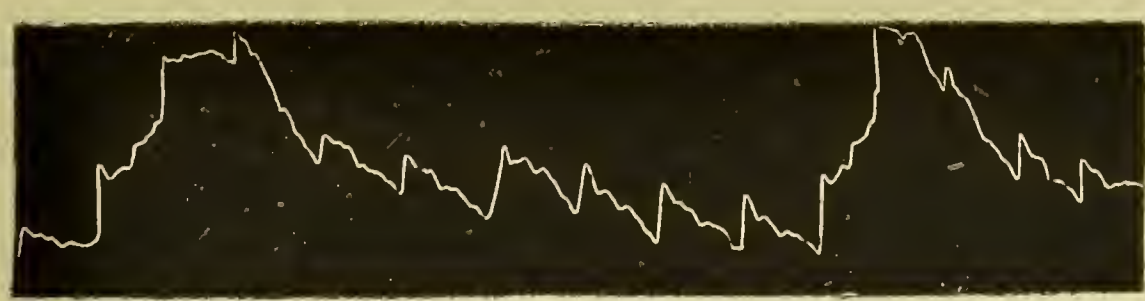

Fig. 10.

Enfin, dans une autre variété plus rare, presque exceptionnelle même, les secousses du tremblement syphilitique sont à la fois

remarquables par leur *intensité* et par la *rapidité* extraordinaire avec

Fig. 11.

laquelle elles se succèdent. Les tracés qu'elles fournissent alors sont des plus singuliers, comme dans les figures 12 et 13.

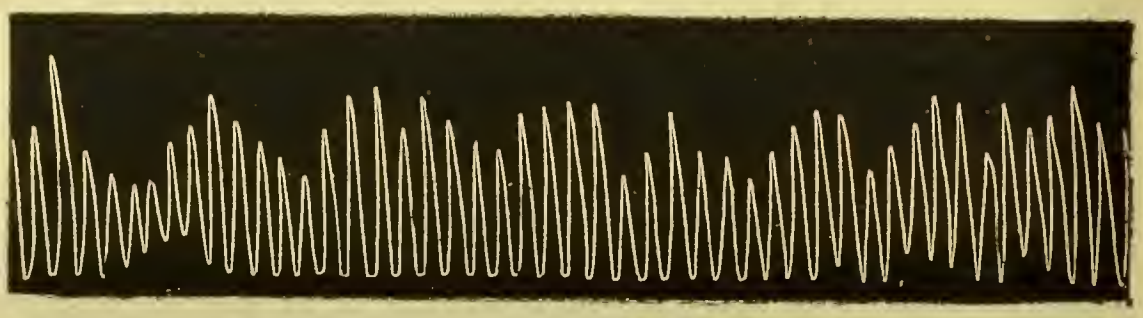

Fig. 12.

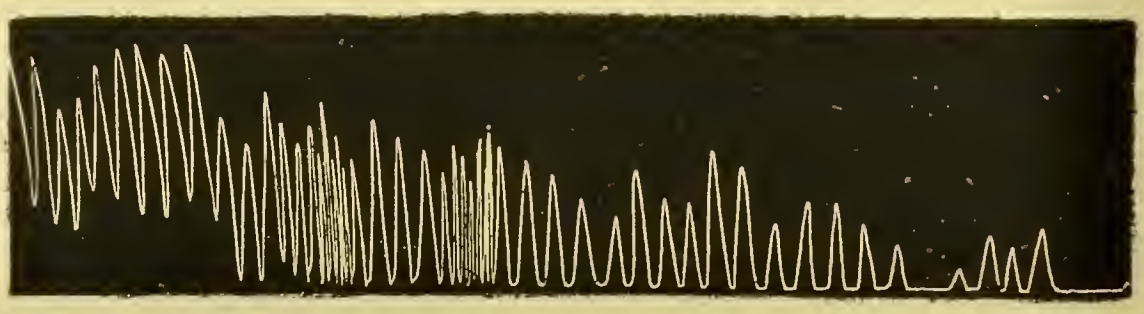

Fig. 13.

Le tremblement secondaire est essentiellement irrégulier et intermittent. En général, il procède *par accès*. Ces accès, qui parfois éclatent à propos d'une circonstance tout accidentelle (émotion, changement d'attitude, mouvement, travail, etc.), se manifestent le plus souvent *sponte suâ*, sans provocation, sans excitation d'aucun genre. Leur apparition n'a rien de fixe. Il s'en produit habituellement une série dans l'espace d'une journée. D'autres fois ils se suspendent pendant un ou plusieurs jours pour reparaître ensuite, etc.

Quant à leur durée, ils ne sont pas moins variables d'un sujet à un autre. Tantôt presque fugitifs, ils s'apaisent en quelques minutes ; tantôt ils durent plusieurs heures ou même tout le jour. Invariablement ils sont interrompus par le sommeil.

Dans une autre forme plus rare, le tremblement affecte un type différent. Il est alors continu, mais continu avec rémissions et exacerbations successives, lesquelles sont absolument irrégulières comme évolution.

Même variabilité au point de vue de la durée totale du symptôme. Chez certaines malades, le tremblement ne persiste pas au delà de huit à quinze jours. Chez la plupart il se prolonge, avec des intervalles de repos, de quatre à huit ou dix septénaires. — Plusieurs fois, enfin, je l'ai vu récidiver à courtes échéances. C'est ainsi que trois de mes malades sont restées sujettes, pendant une durée de cinq à six mois, à des crises de tremblement qui se reproduisaient de temps à autre, très irrégulièrement.

En tant que trouble fonctionnel, le tremblement secondaire affecte très inégalement les malades. Léger, c'est à peine s'il attire leur attention, car il ne les incommode pas réellement ; aussi, sous cette forme, a-t-il toute chance pour passer inaperçu du médecin. — Moyen, il apporte déjà une gêne notable dans certains travaux de la main, comme dans le travail à l'aiguille. — Devenant plus intense, il trouble les mouvements d'une façon sérieuse, leur enlève toute précision, et crée une véritable infirmité passagère. A ce degré, par exemple, les malades ne peuvent que difficilement porter une cuiller à la bouche sans en répandre le contenu. Une femme de mon service qui, pendant une quinzaine, fut affligée d'un tremblement très intense, était obligée, pour manger sa soupe, de s'y prendre à deux mains, la gauche devant venir en aide à la droite pour lui servir de point d'appui. — Ce qui d'ailleurs, en certains cas, ne contribue pas médiocrement à exagérer ces troubles fonctionnels, c'est qu'au tremblement s'ajoutent des spasmes musculaires plus étendus, de véritables soubresauts tendineux, qui se produisent par saccades Voy. fig. 7 à 11) et compromettent plus sérieusement encore la précision des mouvements.

Quant à la pathogénie du phénomène, inutile de dire qu'elle nous échappe, comme nous échappe du reste la raison physiologique des tremblements de toute nature. Différentes hypothèses, qu'il serait superflu de discuter, se trouvent en présence ici. La plus simple et la plus rationnelle, ce me semble, est celle qui place l'origine de ce tremblement non pas dans le muscle lui-même, mais dans le *système nerveux*. Le muscle, bien évidemment, n'est ici que l'agent intermédiaire du phénomène et ne fait qu'obéir à une incitation supérieure partant des centres nerveux. Ce qui confirme indirectement cette manière de voir, c'est, d'une part, que le tremblement syphilitique s'observe le plus souvent en compagnie d'autres troubles du système cérébro-spinal (névralgies, douleurs névralgiformes, analgésie, algidités périphériques, sueurs, fièvre, étourdissements, battements de cœur, crises hystériformes, etc.); — c'est, d'autre part, qu'il est fréquemment excité et réveillé par des causes purement morales ; — et c'est, enfin, qu'il se produit de préférence dans les syphilis *de forme*

nerveuse, chez les femmes dont le système nerveux est vivement impressionné par l'infection secondaire.

Suffit-il de constater simultanément sur un malade la syphilis et le tremblement pour déclarer ce tremblement de nature syphilitique? Non, certes. On n'est autorisé à rattacher ce symptôme à la diathèse qu'après mûr examen, qu'après revue et exclusion de toutes les causes susceptibles de déterminer un phénomène de cet ordre, telles qu'alcoolisme, mercurialisme, saturnisme, intoxications diverses, états nerveux d'origines variées (émotions, excès, onanisme, hystérie), prédispositions individuelles ou héréditaires, etc. D'une façon générale, en effet, l'étiologie du tremblement est toujours assez complexe. En l'espèce, elle exige un examen diagnostique des plus complets, et ce n'est, je le répète, qu'après avoir scrupuleusement et minutieusement interrogé les antécédents des malades, leur constitution, leur état actuel, l'ensemble intégral de leur état morbide, qu'on est admis à se prononcer sur l'origine spécifique du tremblement.

Un dernier mot. Lorsque, pour la première fois, je signalai dans mes cours l'existence du tremblement syphilitique, certains adversaires acharnés du mercure m'adressèrent une objection à laquelle j'avais peut-être droit de ne pas m'attendre. « Ce que vous prenez, me dirent-ils, pour un effet de la maladie n'est qu'un effet de votre remède. Ce tremblement ne dérive pas de la syphilis ; il ne provient que du *mercure*. » Puisqu'une telle objection a été formulée, force m'est bien d'y répondre. Je pourrais dire, d'abord, que le tremblement mercuriel, comme nombre d'auteurs l'ont remarqué, est un phénomène d'intoxication ancienne, un phénomène qui exige d'ordinaire pour se produire une exposition habituelle et prolongée à l'action du mercure. Je pourrais dire aussi que le mercure, administré comme nous le donnons, comme tout le monde le donne thérapeutiquement, n'a jamais fait trembler personne, et que, loin de produire le tremblement, il le guérit, etc. Mais j'ai mieux que cela pour satisfaire mes contradicteurs. Douze de mes malades, sur lesquelles j'ai constaté le tremblement syphilitique, n'avaient jamais pris *un atome* de mercure. Cela, je pense, est péremptoire et me dispense d'autre commentaire.

VIII

SUREXCITATION OU RÉVEIL DE NÉVROSES ANTÉRIEURES. GENÈSE DE NÉVROSES.

L'impression exercée par la syphilis secondaire sur le système nerveux peut se traduire de deux façons, à savoir : soit par l'exa-

cerbation ou le réveil de névroses préexistantes, soit par la genèse de névroses qui n'existaient pas avant l'infection ou qui, du moins, ne s'étaient encore révélées par aucun indice.

Ces deux points demandent à être envisagés séparément.

I. — La syphilis secondaire se traduit quelquefois par la stimulation ou le réveil de certaines névroses préexistantes.

1. — De nombreux exemples de ce fait nous sont offerts d'abord par la névrose usuelle du sexe féminin, c'est-à-dire l'**hystérie**, et cela sous deux formes, à savoir : recrudescence ou rappel de symptômes hystériques.

1° *Recrudescence.* — Soit une femme hystérique venant à contracter la syphilis. Eh bien, je l'affirme, il est absolument commun que, pendant la période secondaire et surtout pendant les premiers temps de cette période, cette femme présente une exacerbation plus ou moins marquée des symptômes qui lui sont familiers ou bien qu'elle devienne sujette à d'autres symptômes de même origine, mais de forme différente. Elle aura, par exemple, des crises plus fréquentes ou plus intenses. Ou bien encore elle deviendra sujette à telle ou telle modalité de phénomènes qu'elle n'avait pas éprouvés jusqu'alors : éréthisme nerveux, vapeurs, pâmoisons, sensations douloureuses de divers sièges, hyperesthésies, sensations de « boule » remontant de l'épigastre au pharynx, etc. — En un mot, chez elle, l'hystérie subira une exacerbation plus ou moins notable, et cela bien manifestement du fait de la syphilis.

2° *Récidive.* — De même, certaines femmes anciennement hystériques, mais dont les accès s'étaient calmés ou même avaient disparu totalement depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux rentrer soudainement en scène au cours de la période secondaire. Sous l'influence de la syphilis, elles redeviennent subitement hystériques à compte nouveau, si je puis ainsi parler, et semblent subir ainsi une sorte de récidive du mal dont elles pouvaient se croire délivrées.

En vérité, il n'est rien dans tout cela qui soit de nature à nous surprendre. Comment une grande infection telle que la syphilis, qui importe, comme on l'a dit, un branle-bas dans le système nerveux, pourrait-elle laisser indifférente une névrose aussi éréthique, aussi mobile, aussi sujette à oscillations et à recrudescences que l'est l'hystérie? Que la syphilis donne à l'hystérie ce qu'on appelle le *coup de fouet*, rien de plus naturel. Ne voit-on pas journellement l'hystérie subir des exacerbations de même ordre à propos de causes des plus variées, à propos de perturbations physiques aussi bien que de commotions morales, etc.? Et la vérole n'est-elle pas merveilleusement faite à tous égards pour exciter ou réveiller une névrose

aussi impressionnable, aussi facilement accessible aux stimulations de tout genre?

Je n'ajouterai donc à ce qui précède qu'une double remarque : c'est que, d'une part, ces réveils, ces rappels de l'hystérie peuvent se produire à longue échéance, c'est-à-dire longtemps après sédation des phénomènes hystériques (sept ans, par exemple, dans le cas qui va suivre); — c'est, d'autre part, qu'ils peuvent affecter des formes plus sévères, plus intenses, que dans les étapes antérieures.

De cela témoignera, à l'un et l'autre de ces points de vue, une très curieuse observation de M. le Dr Paul Raymond, qui peut être résumée comme il suit :

Jeune fille hystérique. — De dix-sept à dix-huit ans, crises convulsives fréquentes, avec quelques autres menus symptômes de même ordre. — Sédation de ces accidents *depuis sept ans*. — A ce moment, syphilis. — Alors et presque immédiatement après l'explosion secondaire, retour des symptômes hystériques; puis *paraplégie* à début brusque, n'intéressant que les muscles soumis à la volonté, sans trouble des sphincters; et (remarquez bien ceci) paraplégie « par auto-suggestion », ayant reconnu vraisemblablement pour cause occasionnelle le voisinage, à l'hôpital, d'une malade syphilitique affectée de paraplégie. — Simultanément, troubles de sensibilité du côté gauche; hémianesthésie sensitivo-sensorielle; disparition du réflexe pharyngé ; rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie de l'œil gauche ; diminution du goût sur la moitié gauche de la langue, etc., etc. — Et ce n'est pas tout. Deux mois plus tard, et cette fois encore à propos du voisinage d'une malade syphilitique affectée d'otite, *surdité* des deux oreilles, sans la moindre lésion apparente.— Puis, à ce moment, secousse morale, à la suite de laquelle la *paraplégie disparaît* complètement en quelques jours, etc... (1).

II. — Pour être plus rare (et cela sans doute parce qu'elle n'a pas l'occasion de s'exercer aussi souvent), l'influence de la syphilis secondaire sur l'**épilepsie** n'en est pas moins avérée. Bien positivement l'éréthisme nerveux secondaire stimule, incite l'épilepsie, et en sollicite, en multiplie les décharges. De cela, voici un bel exemple.

Une de mes malades de Lourcine, âgée de vingt-sept ans, grande, robuste, bien musclée, était épileptique depuis son enfance. Jusqu'à l'âge de la puberté elle a eu des attaques très fréquentes. Mais, plus tard, les crises se sont distancées, à ce point que, depuis dix ans, il ne s'en est plus produit que six, dont la malade fournit les dates précises de la façon suivante : une à dix-sept ans et une autre à vingt, survenues toutes deux sans causes appréciables ; — trois à vingt-quatre ans, coup sur coup, « déterminées par

(1) Paul Raymond, *Hystérie et syphilis ; paralysie psychique* (*Progrès médical*, 1888, nº 14).

un violent chagrin » ; — une dernière il y a quinze mois, ayant succédé à une émotion très vive.

En octobre ou novembre de l'année dernière, cette femme prend la syphilis. Elle ne se traite pas, et des accidents secondaires (syphilides, plaques muqueuses, céphalée, etc.) commencent à se produire en décembre. — En janvier, *crise épileptique*, survenue à la suite de violents maux de tête. Pas de traitement. — De janvier à février, les accidents spécifiques se multiplient ; la peau se couvre d'éruptions ; la céphalée augmente ; simultanément, *quatre nouvelles crises d'épilepsie*. — Vers la fin de février, la malade se décide à entrer à l'hôpital, et nous constatons sur elle une syphilide papulo-squameuse extrêmement confluente, des syphilides muqueuses, des croûtes du cuir chevelu avec alopécie, et divers autres symptômes que je passe sous silence ; en outre, douleurs névralgiformes multiples et céphalée. — La médication spécifique est aussitôt instituée ; mais les divers accidents que je viens de citer ne se modifient que d'une façon assez lente, et, de février aux premiers jours d'avril, *six crises épileptiques*, formellement épileptiques, se produisent sous nos yeux, à l'hôpital, en dehors de toute provocation, de toute excitation physique ou morale. — Puis, enfin, l'action thérapeutique se manifeste ; la céphalée se calme, les syphilides s'affaissent ; et, parallèlement, les crises épileptiques se suspendent absolument pour ne plus reparaître.

En résumé : Une femme épileptique ne présente que six crises en dix ans. — Elle contracte la vérole ; tout aussitôt *onze crises épileptiques se produisent en moins de quatre mois*. — Elle se traite ; les symptômes spécifiques s'amendent, et, simultanément, l'incitation épileptique s'éteint.

Quoi de plus probant ? Ne serait-il qu'isolé, un tel fait aurait par lui seul une signification réelle, incontestable. Mais, loin d'être isolé, il trouve sa confirmation en nombre d'autres cas analogues ou identiques, déposant tous dans le même sens.

Donc, il n'est pas douteux que la syphilis réagisse parfois sur l'hystérie ou l'épilepsie, de façon soit à stimuler, soit à réveiller les manifestations de ces deux névroses.

Que devient et combien dure cette incitation communiquée aux névroses par la syphilis ? D'après ce que j'ai vu, elle n'est jamais que *momentanée*, *provisoire*. Au bout d'un certain temps, toujours elle s'apaise. Elle ne persiste guère, en moyenne, au delà de quelques mois. C'est dire qu'elle dure environ ce que dure l'orage nerveux secondaire.

Au point de vue thérapeutique, il résulte aussi de l'expérience que le meilleur moyen de combattre ces réveils ou ces exacerbations de névroses au cours de l'étape secondaire consiste, non pas dans la thérapeutique propre de ces névroses, mais dans le traitement de la syphilis. En face d'une hystérie ou d'une épilepsie surexcitée par la vérole, ce serait faire fausse route, je crois, que de s'adresser aux médications anti-hystériques ou anti-épileptiques. Plus rationnel et plus sûr est de s'attaquer à la vérole, cause indirecte, mais efficiente, de tels retours d'accidents.

II. — Second point : **La syphilis secondaire peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle**, qui ne s'étaient jamais révélées par aucun indice et qui, sans elle, peut-être ne se seraient jamais produites.

Cela, d'abord, est incontestable pour l'hystérie.

Hystérie secondaire. — Assez souvent, en effet, on voit se manifester sur certaines femmes, au cours de la période secondaire, des phénomènes hystériques (hystériformes pour le moins) qui n'ont été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable. Ces phénomènes sont tels ou tels des suivants :

Éréthisme nerveux ; — impressionnabilité insolite ; — mobilité d'humeur, changement de caractère, irascibilité, caprices, pleurs sans motifs, colères sans cause, etc.

Sensations douloureuses, fixes ou erratiques, difficilement localisables en général, à savoir : constriction thoracique, poids à l'épigastre, dyspnée sans raison, pandiculations, vapeurs, pâmoisons, hyperesthésie rachidienne, globe hystérique semblant remonter de l'estomac à la gorge, etc.

Spasmes musculaires ; — tremblements passagers ; — convulsions partielles de certains muscles.

Défaillances, lipothymies.

Et, enfin, comme phénomènes majeurs de fréquence moindre, véritables accès d'hystérie convulsive, avec mouvements tumultueux, jactitation et torsion des membres, projection du bassin, angoisse pharyngée, etc.

Qu'est-ce que tout cela, sinon de l'hystérie ? Impossible de ne pas qualifier de ce nom de tels symptômes.

Or, sur quelles femmes ces dits symptômes s'observent-ils au cours de l'infection secondaire ? Sur deux catégories de femmes, à savoir :

1° Pour la grande généralité des cas, sur des femmes qui, avant de contracter la syphilis, n'ont jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie, mais qui, de par hérédité ou de par tempérament acquis, peuvent être dites des femmes « nerveuses » ;

2° Mais, pour quelques cas aussi, bien positivement, sur des femmes qui, avant de devenir syphilitiques, non seulement sont restées indemnes de tout symptôme d'hystérie, mais, de plus, n'ont jamais donné lieu au moindre soupçon de nervosisme. — (A vrai dire, toutefois, quelle femme, en raison même de sa nature féminine, n'est pas étoffe à nervosisme ?)

Quoi qu'il en soit, lorsqu'elle vient à se manifester sur tel ou tel de ces deux groupes de femmes, l'hystérie est, pour les unes et les autres, quelque chose de *nouveau*, quelque chose sans précédents de même ordre dans le passé. Bien sûrement et au-dessus de toute contestation possible, ce sont là des femmes *qui n'étaient pas hysté-*

riques au préalable et *qui le sont devenues au cours de la période secondaire.*

Mais le sont-elles devenues du fait de la syphilis? Impossible vraiment de ne pas le croire, et cela de par toute une série de raisons que voici.

D'une part, en effet, cette hystérie qui se produit de la sorte chez les sujets syphilitiques prend toujours naissance à une même période de la diathèse (période secondaire) et dans les mêmes conditions. — D'autre part, elle apparaît toujours en coïncidence avec d'autres manifestations d'ordre incontestablement spécifique. — Puis encore, pour le dire par avance, elle affecte une évolution parallèle à celle de ces autres manifestations; c'est-à-dire que, née avec elles, elle dure ce qu'elles durent, pour disparaître avec elles à peu près dans le même temps. — Puis encore, elle s'y rattache par l'identité d'action qu'exerce sur celles-ci et sur elle le traitement spécifique. — Or, étroitement liée de la sorte à un groupe clinique, ne serait-il pas vraiment étrange qu'elle s'en différenciât comme nature et constituât un symptôme à part, d'un genre spécial, dans une pléiade de symptômes contemporains? Tout porte donc à croire qu'elle reconnaît, elle aussi, la syphilis comme origine, à l'instar de tous les éléments du groupe dont elle fait partie, et qu'elle prend place dans cet ensemble au titre d'une véritable *hystérie spécifique secondaire.*

D'ailleurs, je le répète encore, rien d'étonnant à voir ainsi la syphilis engendrer de toutes pièces des symptômes d'hystérie. Somme toute, elle ne fait là rien autre que ne font de leur chef tant d'autres causes pathogènes. Ne sait-on pas que, de la même façon, l'hystérie peut procéder soit de surexcitations morales, soit d'intoxications très diverses (intoxications par l'alcool, le plomb, le mercure, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, etc.), soit même du simple traumatisme?

Conséquemment, en principe, une hystérie d'origine syphilitique, loin de constituer une exception, se trouve légitimée rigoureusement par de nombreuses analogies cliniques. En fait, elle ressort de l'observation. Je crois même être autorisé à dire que, de toutes les hystéries symptomatiques, infectieuses ou toxiques, la plus commune est celle qui dérive de la syphilis. L'hystérie syphilitique, en effet, n'est pas seulement un symptôme de l'étape secondaire; elle constitue aussi (bien moins souvent, à la vérité, mais n'importe) une manifestation de l'étape tertiaire, voire de l'hérédo-syphilis.

Point essentiel à signaler : l'hystérie secondaire n'est pas exclusivement un symptôme de syphilis féminine. Qu'elle soit incomparablement plus commune chez la femme que chez l'homme, qu'elle soit même relativement exceptionnelle chez l'homme, cela ne souffre pas l'ombre d'une contradiction. Mais ce qui est non moins

irrécusable, c'est qu'elle peut se produire *chez l'homme*, et cela plus souvent, à coup sûr, qu'on ne le croit généralement. Disons mieux : presque personne, de nos jours, ne croit encore à la possibilité d'une hystérie venant à se développer chez l'homme à propos et du chef d'une infection secondaire ; or, un tel fait, pour être rare, n'en est pas moins authentique, et les exemples à en citer ne font pas défaut.

C'est ainsi que le Dr Zambaco a relaté le cas d'un jeune homme de vingt ans, exempt de tout antécédent nerveux soit héréditaire, soit personnel, qui fut pris, coïncidemment avec la première poussée secondaire, d'une série d'accidents nettement hystériques, à savoir : céphalalgie, étouffements, attaques convulsives suivies de crises de larmes, globe remontant de l'estomac au pharynx, etc. Un traitement par les pilules de Dupuytren dissipa tous ces accidents, assure l'observateur, dans l'espace de trois à quatre mois.

De même, un jeune malade de mon service, affecté d'un chancre syphilitique en août 1891, puis d'une foule d'accidents secondaires en janvier suivant, commença à présenter vers cette époque divers phénomènes d'ordre hystérique, tels que : analgésie disséminée, voire presque généralisée ; — analgésie de la langue ; — abolition du goût ; — affaiblissement de l'odorat ; — ouïe légèrement diminuée à droite et presque nulle à gauche ; — rétrécissement du champ visuel ; — cauchemars, etc. — Ainsi que le malade précédent, ce jeune homme était exempt de toute tare nerveuse héréditaire, et jamais jusqu'alors il n'avait éprouvé de troubles nerveux (1).

De même, un de mes clients, également indemne de tout antécédent névropathique, fut pris, au cours d'une syphilis secondaire qui d'ailleurs ne présentait rien que de normal, d'une pléiade d'accidents hystériques, tels que crises convulsives, étouffements, dyspnée, troubles de la sensibilité et des sens, hémispasmes glosso-labiés, etc.

Et ainsi de tant et tant d'autres exemples semblables qu'il serait, je pense, superflu de produire.

L'hystérie secondaire n'a et ne saurait avoir d'autres symptômes que ceux de l'hystérie essentielle ; et, en effet, elle n'est qu'une hystérie commune développée sous une incitation spéciale. Je n'ai donc pas à la décrire et me bornerai seulement à donner place ici, en ce qui la concerne, aux deux remarques suivantes.

I. — Il est dans la nature des choses que les troubles de sensibilité relevant de cette hystérie secondaire puissent se produire en coïncidence avec des troubles de sensibilité relevant directement de l'infection spécifique. Cela étant, comment différencier ceux-ci de

(1) Observation présentée à la Société de dermatologie et de syphiligraphie par le Dr Djélaleddin Moukhtar, mars 1892.

ceux-là, et réciproquement? J'ai essayé, dans ce qui précède (Voy. p. 668), d'établir entre les uns et les autres un parallèle séméiologique grâce auquel, je l'espère, ce diagnostic pourra être déterminé dans un certain nombre de cas. Mais je dois ajouter actuellement, pour rester fidèle à la vérité clinique, qu'il est de nombreux cas où un diagnostic de ce genre sera impossible à préciser. Sur quelles bases, en effet, établir un légitime partage entre symptômes de même siège et de même modalité, de façon à pouvoir dire : « Ceci revient à la syphilis, et cela est du domaine de l'hystérie? Cette analgésie est d'ordre spécifique et cette autre d'ordre hystérique? » Une telle différenciation ne repose, en l'espèce, que sur des nuances ou des particularités contingentes, ou bien encore sur la coïncidence ou la non-coïncidence de symptômes hystériques d'autres localisations. Fort heureusement, ce diagnostic ne comporte qu'un intérêt scientifique; aussi bien me suffira-t-il de le signaler, avec les difficultés qui lui sont inhérentes, sans y insister davantage.

II. — En revanche, ce dont il y a plus d'intérêt pratique à prévenir le lecteur est ceci : Il n'est pas impossible que, par aventure, l'hystérie secondaire se traduise par tel ou tel symptôme insolite, bizarre, par telle ou telle modalité inattendue et presque extraordinaire. En sorte qu'en présence d'accidents de cet ordre, qui n'ont guère l'habitude de frayer avec la syphilis, le médecin peut se trouver absolument dérouté, déconcerté, ne pas savoir à quoi il a affaire, tout au moins ne pas songer à établir une relation entre ces dits accidents et l'état syphilitique de son malade.

Quelques exemples du genre ne seront pas inutiles à citer.

Une jeune femme d'une vingtaine d'années, d'assez bonne santé habituelle, et indemne jusqu'alors (ceci est à noter) d'accidents nerveux, contracte la syphilis vers août 1894. Pendant quatre mois elle est traitée à notre policlinique pour divers accidents secondaires (syphilides papuleuses, plaques buccales, maux de tête, etc.) qui ne font que céder au traitement spécifique pour récidiver presque aussitôt. — En janvier 1895, paralysie faciale gauche totale, qu'on ne sait d'abord à quoi rapporter. — Puis, bientôt après, invasion non douteuse d'hystérie secondaire, sous forme d'hémianesthésie faciale gauche, d'hémianesthésie totale sensitivo-sensorielle, de rétrécissement du champ visuel à gauche, etc. — En février, la malade se décide à entrer dans nos salles, où nous constatons sur elle, sans parler de divers accidents spécifiques, le plus riche tableau de manifestations hystériques, à savoir : crises de contracture des quatre membres; — affaissement général; — dépression psychique, indifférence, tristesse; — douleurs multiples, vagues et ambulantes; — points hystérogènes; — hémiparésie gauche; — perte de notion de la situation des membres; — grands vertiges, même au lit; — puis, apparition de cet étrange trouble moteur qu'on a décrit sous le

nom d'**astasie-abasie** (1) et qui n'est pas sans terrifier la malade. — Les choses restent alors en l'état pour quelques semaines. — Puis, inopinément et spontanément, un transfert se fait de gauche à droite pour l'hémianesthésie et le rétrécissement du champ visuel. — A ce moment (qu'on remarque bien cette succession et cette intrication de phénomènes, les uns nerveux, les autres syphilitiques) survient une poussée nouvelle d'accidents spécifiques sous forme de syphilides linguales, de leucomélanordermie et de périostoses tibiales. — Finalement, en avril, ce double orage se calme ; l'astasie-abasie, notamment, s'amende, puis disparaît. Et alors, se croyant guérie, la malade quitte l'hôpital.

Qu'un tel tableau ne soit pas matière à étonnement dans les services de la Salpêtrière, je le reconnais ; mais on conviendra, en échange, qu'il n'est guère usuel dans les nôtres et que (bien à tort, il est vrai) il peut sembler n'y être pas à sa place. On est peu accoutumé vraiment à rencontrer la syphilis sous cet aspect et avec un tel cortège de phénomènes nerveux.

A fortiori, cette même remarque sera-t-elle applicable au cas suivant.

Une femme de vingt et un ans entre dans nos salles pour y être traitée d'un chancre anal syphilitique et de divers accidents secondaires tout récents (syphilides cutanées, syphilides muqueuses, alopécie, etc.). Brusquement, le 20 mars, elle se plaint de la tête et se met à *délirer*. Le lendemain, nous la trouvons dans un *état subcomateux*, avec immobilité, résolution complète et flaccidité des membres qui, soulevés, retombent comme des masses inertes. Cependant, la malade, en dépit de cette apparence comateuse, répond nettement aux questions qui lui sont adressées. — Avec cela, incontinence des urines et des matières ; mouvements spasmodiques des paupières et de la bouche ; oscillations rapides de la tête ; raideurs des membres inférieurs ; sensibilité partout obtuse, mais hyperesthésie très accentuée au niveau de la ceinture et de l'abdomen ; — température abaissée, oscillant entre 35°,8 et 37 degrés.

Les choses restent en cet état pendant cinq jours et demi. — Puis, le sixième jour, tout à coup, à la stupéfaction générale, la malade ouvre les yeux, se lève et se promène dans la salle. — Les jours suivants, retour à l'état normal.

Puis, non moins subitement, le 4 avril, c'est-à-dire neuf jours après la fin de la précédente crise, la malade retombe dans un état comateux identique, avec reproduction des mêmes phénomènes.

Et, finalement, trois jours après, brusquement tout cesse. Retour à la santé (2).

(1) Voy. Blocq, *Arch. de physiol.*, 1888.

(2) Cette observation et la précédente, recueillies par le Dr Gastou, chef de clinique de la Faculté, se trouvent insérées *in extenso* dans l'intéressante thèse d'un

J'ai même observé un cas plus surprenant encore et que je ne ferai que citer sous toutes réserves, en raison de son caractère non pas seulement exceptionnel, mais presque extraordinaire. Très succinctement, le voici :

Un jeune homme de vingt et un ans, jusqu'alors indemne (affirme-t-il) de tout symptôme nerveux, contracte la syphilis en décembre 1890 (chancres indurés de la verge). Il présente, dans les premiers mois de 1891, une série d'accidents secondaires : roséole, syphilide acnéiforme, plaques muqueuses buccales à répétitions multiples, etc. — Puis, en août, sans la moindre cause, sans le moindre incident provocateur, il commence à être affecté d'accidents nerveux, qui bientôt se multiplient sous les formes les plus variées et les plus étranges, à savoir (pour ne faire qu'énumérer les principaux) :

Début par accès de larmes incoercibles; — ictus, sans perte de connaissance, suivis de cris incessants que le malade dit ne pouvoir réprimer; — hémiparésie gauche; — accès d'éclats de rire, que provoque tout spécialement la vue de n'importe quel objet brillant (métal, cuiller, montre, flamme, etc.); — céphalée ; — sensation de globe remontant de l'estomac à la gorge, avec crises de strangulation ; — hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle très accentuée ; — en outre, quotidiennement et presque à heures régulières, crises d'obnubilation mentale, au cours desquelles le malade, de son propre aveu, ne sait plus ce qu'il fait, devient « comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou » ; dans ces crises, propos déraisonnables, actes impulsifs, colères, menaces, violences, etc. — Et, parallèlement à cette scène, syphilis continuant son évolution propre, en s'accusant par toute une nouvelle série d'accidents : syphilides buccales à répétitions incessantes, iritis nettement spécifique, adénopathies, etc.

Si extraordinaires que soient les phénomènes précités quant à leur relation avec la syphilis, je n'ai pu cependant les rattacher étiologiquement qu'à la syphilis. D'une part, en effet, ces phénomènes (incontestablement hystériques) s'étaient développés sur un sujet en pleine évolution syphilitique aiguë et faisaient partie d'un ensemble marqué au coin de la spécificité la plus indéniable. Et, d'autre part, une enquête véritablement minutieuse, aussi approfondie que possible, ne permit de découvrir aucune cause autre que la syphilis à laquelle les accidents en question pussent être rationnellement imputés.

Durée. — Que devient et quelle durée affecte cette hystérie d'origine spécifique ? Il serait prématuré, quant à présent, de donner une réponse à cette question ; car, pour la juger, il nous faudrait ce qui

de mes élèves, le Dr N. Kirkoff (*Étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire.* Thèses de Paris, 1898).

nous manque encore aujourd'hui, à savoir un stock plus ou moins considérable d'observations de longue haleine dans lesquelles des malades, devenus hystériques à propos et du fait de la syphilis, auraient été suivis pendant un long stade de leur existence. Ce qu'il m'est seulement permis de dire en l'espèce, d'après quelques faits de cet ordre, est ceci : que, pour la très grande majorité des cas, la disposition hystérique issue de la syphilis n'est, bien sûrement, que *passagère*. Sur la plupart de mes malades elle n'a duré que quelques mois, un an au plus, puis s'est évanouie avec l'orage secondaire. Je ne l'ai vue que par exception persister d'une façon quelque peu prolongée, et je suis donc conduit à penser qu'elle n'est pas susceptible de dégénérer en névrose permanente. — Toutefois, je le répète, la question est encore trop neuve pour qu'il soit possible de rien affirmer à son sujet, et un supplément d'enquête est indispensable à la solution qu'il convient de lui donner.

Épilepsie secondaire. — En second lieu, il est des cas où l'éréthisme secondaire se traduit par des **crises épileptiformes**, et cela sur des sujets n'ayant jamais présenté jusqu'alors le moindre symptôme épileptique.

Le fait brutal est celui-ci : Au cours de la période secondaire et presque toujours dans les premiers temps de cette période, explosion soudaine d'une crise convulsive qui, à la juger seulement d'après ses symptômes propres, est le type de l'attaque épileptique, le type de ce qu'on appelle vulgairement le *grand mal*. — Puis, reproduction d'attaques semblables qui, pour quelques semaines ou quelques mois, se succèdent à intervalles variables. — Si bien, je le répète, qu'à juger de la maladie par ses symptômes apparents, on pourrait croire à l'invasion (bien que tardive) d'une épilepsie vulgaire. Une telle erreur a même été commise plus d'une fois, ainsi que je pourrais en faire la preuve.

Les cas de cet ordre, je m'empresse de le dire, sont tout à fait rares. Je n'en ai guère observé plus d'une douzaine d'exemples dans toute ma pratique. Mais, pour être exceptionnels, ils n'en sont pas moins authentiques, et je leur dois une mention expresse à divers titres, en raison de leur importance clinique, en raison de l'effroi qu'ils jettent dans les familles, en raison aussi des regrettables erreurs auxquelles ils exposent.

Rien de mieux à faire, je pense, pour démontrer l'authenticité de tels faits et pour donner une idée de la scène qu'ils constituent, que d'en décrire quelques spécimens d'après nature.

Une jeune femme, de constitution moyenne et de santé antérieure assez bonne, entre à Lourcine pour des accidents, d'abord légers, de syphilis secondaire. — Quelques semaines plus tard, la maladie prend une forme

assez sérieuse et se caractérise par une véritable nuée de manifestations de tout genre : syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, myosalgies, ténosites, périostoses, douleurs multiples, et surtout phénomènes nerveux, tels que céphalée, névralgies, anesthésie, analgésie, algidités périphériques, etc. — Puis, tout à coup, sans cause incidente, sans provocation nouvelle, il s'ajoute à ces derniers phénomènes une série de crises convulsives des plus étranges. Ces crises, dont nous avons été témoins à maintes reprises, consistent en ceci : subitement, le visage prend une expression extraordinaire, indescriptible, de stupeur, d'immobilité extatique ; — la tête se tourne du côté gauche ; — le membre supérieur gauche s'élève brusquement vers la face, l'avant-bras tenu en flexion forcée, le poignet et les doigts fortement infléchis ; — le membre inférieur du même côté se convulse dans une extension forcée ; — tout le corps, enfin, est pris d'un mouvement de rotation sur l'axe vertical et pivote de droite à gauche. Ces divers phénomènes durent quelques secondes, moins de temps assurément que je n'en ai mis à les décrire. — Puis, de violents spasmes cloniques agitent par saccades précipitées le membre supérieur gauche (toujours le gauche, la moitié droite du corps continuant à rester étrangère à tous ces désordres). — Finalement la malade, quelques minutes encore, demeure comme hébétée, abasourdie, inconsciente, et c'est tout ; la crise est terminée.

Pendant quelques jours ces attaques se répètent sous la même forme ; mais bientôt la scène change. Ce qui se manifeste alors consiste en des accès d'épilepsie convulsive généralisée, d'épilepsie classique rappelant trait pour trait la crise de *haut mal*.

Nombre d'accès de ce dernier genre se succèdent dans le premier mois. — Déjà, dans le second, nous n'en observons plus que cinq. — Deux seulement se produisent dans les deux mois suivants.

Puis la détente se fait, sous l'influence d'un traitement spécifique énergiquement conduit. Les divers symptômes syphilitiques, cutanés ou autres, s'amendent ou disparaissent. Et, parallèlement, les crises convulsives se suspendent pour ne plus se reproduire.

Certes, aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature franchement épileptique des phénomènes que je viens de décrire. Mais ces phénomènes, quelle en était l'origine ? La malade n'avait jamais éprouvé antérieurement de crises semblables ou analogues ; elle disait même d'une façon très catégorique n'avoir jamais été sujette au moindre malaise nerveux. Du côté des ascendants, nul symptôme épileptique. D'autre part, aucune cause incidente, aucune affection morbide actuelle, aucune prédisposition, professionnelle ou autre, ne pouvait être invoquée comme source de tels désordres. Bref, la syphilis *seule* restait en cause, après examen minutieux de la malade, pour expliquer ces accidents épileptiques ; et elle les expliquait d'autant mieux, je pense, qu'ils s'étaient produits avec elle et en pleine période secondaire, que leur invasion avait coïncidé avec une violente poussée spécifique et que leur disparition, enfin, suivit avec un synchronisme parfait la sédation de cette poussée.

Autre exemple.

Une jeune femme, forte et bien constituée, entre à Lourcine pour des accidents spécifiques dont l'origine paraît remonter à trois mois et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été soumis à aucun traitement. Nous la trouvons affectée de divers symptômes manifestement syphilitiques, tels que : pléiades inguinales, reste d'induration chancreuse sur une grande lèvre ; — syphilides papulo-érosives de la vulve ; — syphilides amygdaliennes ; — roséole intense, couvrant le corps et les membres ; — analgésie disséminée, etc.

Quelques jours après son admission, cette femme est prise, dans la nuit, d'une crise convulsive violente, qui réveille les malades de la salle. On la trouve sans connaissance, « râlant, écumant, se débattant sur place dans des convulsions qui rappellent le haut mal ». A la suite de cette crise, elle tombe dans un sommeil profond. L'interne de service arrive près d'elle un quart d'heure plus tard et assiste à une seconde crise qui, d'après son dire, « était un type classique d'accès comitial ». Consécutivement, évacuation involontaire d'urine et sommeil « quasi comateux » qui dure jusqu'au matin.

A la visite du lendemain, je trouve la malade somnolente, dans un état de demi-hébétude, incapable de répondre aux questions. La légère excitation qui paraît résulter de mon examen suscite une crise nouvelle, dont j'observe soigneusement les moindres détails et qui reproduit méthodiquement toute la scène d'une crise d'épilepsie commune : perte subite de connaissance ; — convulsions toniques initiales, de courte durée ; — puis, convulsions cloniques, sur place, d'une durée de quelques minutes ; — distorsion effrayante du visage ; grincements de dents ; écume sanguinolente sortant des lèvres ; morsure de la langue, etc. ; — et, finalement, stertor apoplectiforme. Bref, rien ne manque au tableau, pas même l'émission involontaire de l'urine.

Le lendemain, la malade a repris pleinement connaissance. Nous l'interrogeons alors avec insistance sur ses antécédents, et elle nous répond de la façon la plus péremptoire qu'elle n'a jamais éprouvé de crises semblables, non plus même que la moindre défaillance nerveuse. Elle n'est pas moins affirmative sur les divers membres de sa famille, dont aucun, dit-elle, n'est sujet à des accidents nerveux. D'autre part, une analyse aussi minutieuse que possible des troubles morbides antérieurs ou actuels ne révèle aucune cause étrangère à laquelle puissent être imputés les symptômes qui viennent de se produire.

En conséquence, le traitement spécifique (protoiodure mercuriel) est continué, à l'exclusion de tout autre remède.

Sous l'influence de cette médication, la roséole, les syphilides vulvaires et les autres accidents spécifiques s'amendent et se dissipent rapidement. Les crises convulsives ne se reproduisent plus, et la malade sort en bon état trois mois plus tard.

Depuis lors nous avons eu l'occasion de la revoir plusieurs fois dans l'espace d'une année, à propos de diverses récidives légères de manifestations syphilitiques, et nous avons obtenu d'elle l'assurance formelle qu'elle n'avait plus été sujette au moindre accident d'ordre épileptique.

Troisième cas, celui-ci observé sur l'homme.

L'héritier d'une grande famille, jeune homme de vingt-cinq ans, grand, robuste et d'une excellente santé antérieure, contracte la syphilis en 1867.

Dans le cours de la période secondaire, du troisième au sixième mois, il est pris trois fois de crises épileptiques, formellement et incontestablement épileptiques (sidération subite, chute, perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, puis cloniques, cyanose et aspect « terrifiant » du visage, écume à la bouche, morsure de la langue, etc). Inutile de dire si de tels accidents consternent le malade et jettent l'effroi dans sa famille, qui fait appel à divers médecins et accumule consultations sur consultations. Inutile également de dire si les causes de cette épilepsie sont recherchées par tout le monde avec un soin religieux, méticuleux. Or, vainement on interroge soit les prédispositions héréditaires, soit la santé antérieure du jeune homme, ses habitudes, son hygiène, ses moindres tendances morbides; on ne trouve rien. Toutes les hypothèses imaginables sont tour à tour discutées et écartées. On va même jusqu'à soupçonner une affection vermineuse, et l'on administre le kousso qui n'expulse rien. De guerre lasse, force est de revenir à la syphilis, et, d'un commun accord, c'est à la syphilis seule qu'on finit par imputer les crises épileptiques. Et telle était bien, en effet, l'origine des accidents. L'événement le démontra. Car, une fois le traitement spécifique mis en œuvre et consciencieusement suivi, non seulement les manifestations extérieures de la diathèse se dissipèrent comme d'usage, mais l'épilepsie disparut, disparut complètement et sans retour. Vingt-six ans, aujourd'hui, se sont écoulés depuis lors, et le malade n'a plus jamais rien éprouvé qui, de près ou de loin, ait trait à l'épilepsie.

Ces trois faits, comme d'autres encore que je passe sous silence (parce qu'ils ne feraient que reproduire les précédents), établissent donc d'une façon incontestable que la syphilis secondaire peut déterminer parfois de véritables crises d'épilepsie (1).

(1) Pour tout médecin qui, observant dans un hôpital spécial de syphilitiques, a l'occasion de rencontrer de temps à autre des faits de ce genre, la relation qui rattache à la syphilis ces accidents d'épilepsie ne saurait rester douteuse. Mais je conviens que cette relation pourra, à bon droit, sembler hypothétique à ceux de nos confrères qui ne voient et ne traitent la syphilis qu'accidentellement. Je m'attends à ce que la nature spécifique de cette épilepsie secondaire éveille quelque défiance, si même elle n'est pas résolument contestée. Et cependant la spécificité de tels accidents ressort bien manifestement, me semble-t-il, de tout un ensemble de considérations des plus probantes. Ces considérations, je les ai longuement étudiées dans un travail déjà ancien (*De l'épilepsie syphilitique secondaire*, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2e série, t. I), auquel je me bornerai à renvoyer le lecteur. Qu'il me soit permis du moins, sans les reproduire ici, de les formuler d'une façon toute sommaire. Ce sont les suivantes :

1° Impossibilité, tout d'abord, de rattacher ces accidents d'épilepsie incidente et passagère à une cause autre que la syphilis;

2° Identité des conditions et des circonstances cliniques dans lesquelles se manifestent ces accidents d'épilepsie secondaire ;

3° Coïncidence chronologique de ces accidents d'épilepsie avec d'autres accidents de nature incontestablement spécifique ;

4° Évolution parallèle des accidents d'épilepsie secondaire et des autres manifestations syphilitiques contemporaines.

5° Enfin, influence curative du traitement spécifique.

De cet ensemble de considérations il ressort bien manifestement, à mon sens, que les accidents d'épilepsie qui s'observent parfois dans le cours, voire au début de la période secondaire, constituent des symptômes *d'ordre syphilitique*, des

Modalité de l'épilepsie secondaire. — Durée. — Une seule forme d'accidents a été observée jusqu'ici comme expression clinique de cette épilepsie secondaire, à savoir la *forme convulsive*, constituant ce qu'on appelle le grand mal (1); — forme le plus souvent exclusive et purement épileptique, quelquefois cependant associée à des incidents hystériques (jactitation tumultueuse des membres et du tronc, angoisse épigastrique, strangulation, sanglots, mobilité d'attitudes, etc.), de façon à rappeler la variété de crise dite hystéro-épileptique.

Jamais, pour ma part, je n'ai vu l'épilepsie secondaire se traduire par des symptômes de petit mal.

Jamais non plus — ce qui a une portée bien autre — je ne l'ai vue se compliquer de troubles cérébraux, ce qui constitue, comme on le sait, la gravité propre de l'épilepsie tertiaire.

J'ajouterai, enfin, ce qui est le point capital en l'espèce, que cette épilepsie secondaire, si terrifiante rien que de nom, n'est, en réalité, qu'absolument *bénigne* comme terminaison. Que deviendrait-elle, si elle était méconnue comme nature et abandonnée à son évolution propre? Cela, je l'ignore et n'ai nulle envie de l'apprendre par expérience. Mais, ce que je sais, c'est que toujours, alors qu'elle a été soumise au traitement spécifique, elle a été enrayée rapidement et s'est évanouie pour ne plus reparaître (à preuve le malade précité, qui n'a plus eu quoi que ce soit d'épileptique depuis vingt-six ans).

Il n'est même pas rare que la médication spécifique coupe court immédiatement aux premiers accès et n'en laisse pas se reproduire d'autres.

Nature. — Au total, qu'est-ce donc que cette épilepsie secondaire? Faut-il la considérer comme une épilepsie vraie ou n'en faire qu'une *névrose épileptoïde*, c'est-à-dire une sorte de névrose spécifique empruntant le masque comitial? J'avoue que cette dernière interprétation me séduirait fort. Car il n'est guère possible d'assimiler à l'épilepsie, maladie si chronique d'essence et tellement inexorable

symptômes développés sous l'influence de la diathèse et se liant à la diathèse comme un effet se relie à sa cause.

— Tout récemment, M. le Dr A. Rubino vient d'aborder la même question au Congrès de Naples (1897) et de conclure à l'authenticité d'une épilepsie syphilitique secondaire. « ... L'épilepsie, dit-il, peut être une manifestation de syphilis tertiaire ou même secondaire. Tertiaire, elle dérive de lésions graves du crâne et de l'encéphale ; secondaire, elle ne reconnaît pour origine que des altérations superficielles et fugaces des centres épileptogènes ou l'action directe du sérum sur ces centres... Le syndrome d'épilepsie secondaire n'a pas de caractères particuliers qui le distinguent de l'épilepsie essentielle ou symptomatique. On pourrait seulement faire remarquer, avec Fournier, *la grande rareté de l'aura et du cri initial*... Le traitement spécifique triomphe facilement et rapidement de cette épilepsie secondaire. »

(1) Je signalerai que je n'ai pas encore observé dans l'épilepsie syphilitique secondaire le *cri initial* de l'accès convulsif, symptôme si habituel (non constant toutefois) des crises de l'épilepsie vraie. Mais le nombre de cas dont je dispose est trop restreint pour me permettre autre chose qu'une simple remarque à ce sujet.

comme terminaison, une affection purement temporaire et facilement influencée par le mercure. Mais notre expérience en la matière est encore trop limitée pour servir de base à une discussion aussi délicate, et je crois prudent, quant à présent, de décliner toute conclusion.

IX

NÉVROSES DU SYSTÈME SYMPATHIQUE.

Il n'est pas que le système cérébro-spinal sur lequel réagisse la syphilis. Le système sympathique ou ganglionnaire peut également être éprouvé par elle, et il l'est même assez fréquemment au cours de la période secondaire. C'est de son fait, bien sûrement, qu'apparaissent en scène, à cette étape de l'infection, divers symptômes plus ou moins étranges, peu remarqués cependant jusqu'ici quoique très remarquables, ou du moins restés méconnus quant à leur origine. De ce nombre, à ne parler que des principaux, sont les troubles de caloricité et les hyperhidroses.

I. — **TROUBLES DE CALORICITÉ.** — Ces troubles sont de deux ordres. Ils consistent, en effet, soit en des refroidissements partiels, en des sortes d'algidités locales, soit en des sensations générales de refroidissement.

1° **Algidités périphériques.** — Le premier de ces troubles de caloricité est constitué par un abaissement de la température normale des extrémités.

Nombre de femmes, à la période secondaire, présentent ce curieux phénomène d'avoir les extrémités des membres notablement refroidies. Si vous leur touchez les mains, vous les trouvez froides à des degrés divers, quelquefois glacées, voire, à un degré extrême, littéralement cadavériques. Et de même pour les pieds qui, bien que protégés par les draps et les couvertures, restent quelquefois absolument froids et algides.

C'est là le phénomène que j'ai décrit de vieille date sous le nom d'*algidités secondaires*.

Ces algidités secondaires (qui, disons-le immédiatement, ne s'observent guère que chez les femmes nerveuses et au cours des syphilis nerveuses) sont naturellement variables d'intensité. On peut leur reconnaître trois degrés.

Dans le premier, les extrémités sont simplement *fraîches* ; — dans le second, elles sont *froides* ; — dans le troisième, elles sont *glacées*, cadavériques.

Comme siège, ces algidités se circonscrivent généralement aux

mains et aux *pieds*. — Parfois elles se continuent, en s'atténuant, sur le segment inférieur de l'avant-bras et de la jambe. — Quand elles sont très intenses, elles peuvent se prolonger un peu plus haut vers la racine des membres, mais toujours en s'atténuant de plus en plus à mesure qu'elles s'éloignent des extrémités.

Légères ou moyennes, elles ne constituent qu'une singularité sans la moindre importance. C'est là le cas usuel.

Mais, s'exagérant, atteignant un haut degré, elles créent une incommodité réelle, pénible même, et s'accompagnent alors de certains troubles. Les mains deviennent *gourdes* et comme percluses par le froid ; elles perdent leur agilité habituelle et ne sont plus capables d'un travail délicat. C'est ce dont témoignent nos malades, en nous disant « qu'elles ne peuvent plus ni coudre, ni enfiler leurs aiguilles, que leurs mains sont comme mortes, qu'elles sentent à peine ce qu'elles ont entre les doigts, etc. ».

D'ailleurs, l'exploration thermométrique *in situ* démontre la réalité de cet abaissement de la température périphérique et confirme en cela l'impression perçue par le simple toucher. Elle atteste même que la chute de la température peut être considérable en certains cas.

2° **Sensation générale de froid**. — A ces refroidissements locaux s'ajoute parfois un autre phénomène consistant en une sensation générale de froid.

Ce second phénomène n'est pas moins simple que le premier. Il se réduit à un sentiment de froid interne et général, ayant tout le corps pour siège, et n'offrant en somme rien de plus spécial qu'un refroidissement vulgaire, que le refroidissement, par exemple, qu'on éprouve à la suite d'un changement de temps ou d'un abaissement subit de température.

Souvent léger et éphémère, le phénomène est peu remarqué ou passe même inaperçu. Mais, s'accentuant davantage, il devient une incommodité réelle dont se plaignent les malades. « C'est singulier, vous disent-elles, depuis quelque temps j'ai toujours froid ; j'ai beau me couvrir, me chauffer, me tenir au coin du feu, je me sens toujours glacée. » Bien des fois j'ai constaté ce fait sur des malades de mon service qui, même en été, se couvraient comme en hiver, s'enveloppaient frileusement de châles et de couvertures, gardaient constamment le lit « pour avoir moins froid », se refusaient à descendre au jardin « par peur de l'air », réclamaient des boules d'eau chaude, etc.

En quelques cas bien plus rares, disons même exceptionnels, cette sensation de froid peut s'exagérer encore, jusqu'à devenir un véritable *état algide*, avec complication de frissons, de tremblements, de claquements de dents. J'ai eu dans mon service de Lourcine une malade affectée de ce symptôme bizarre à un degré vraiment extra-

ordinaire. Par une température tropicale dont tout le monde souffrait, elle se disait *gelée* et grelottait du matin au soir. Ses extrémités étaient froides, cholériques. Pendant une quinzaine de jours, elle resta dans cet état sans parvenir à se réchauffer.

Troubles circulatoires connexes. — Les troubles de caloricité que je viens de décrire ne se produisent bien manifestement que par l'intermédiaire de la circulation. Ils impliquent donc *à priori* des troubles circulatoires, que révèle en effet la clinique par des modifications du pouls soit au palper, soit surtout à l'exploration sphygmographique.

Au palper, on trouve que le *pouls* a perdu de son ampleur, de sa force normale, et cela proportionnellement au degré des phénomènes algides. Il est mou, faible, petit, comme si l'artère avait subi un retrait.

Il en arrive même, dans les cas d'algidité bien accentuée, à devenir filiforme, difficilement perceptible, presque misérable.

Mais, bien mieux que le toucher digital, le sphygmographe traduit ces modifications du pouls. Des graphiques du pouls, recueillis en de telles conditions, montrent un abaissement plus ou moins notable de la ligne d'ascension correspondant à la systole ventriculaire. Cette ligne ascensionnelle, au lieu de mesurer, comme d'usage, 6, 7, 8 millimètres, s'abaisse à 4, 3, 2 millimètres, comme le montrent les figures suivantes.

Voici, d'abord, un cas où le pouls normal (figuré dans la planche 14) se modifia de la façon représentée dans la planche 15 dès l'invasion des phénomènes algides.

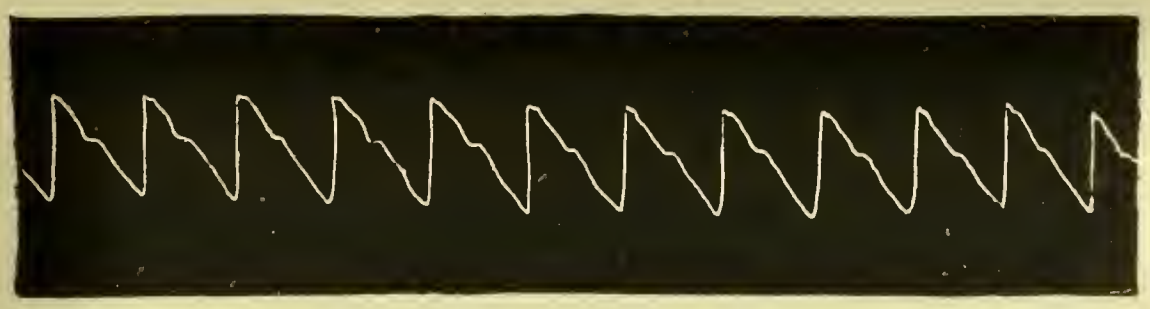

Fig. 14.

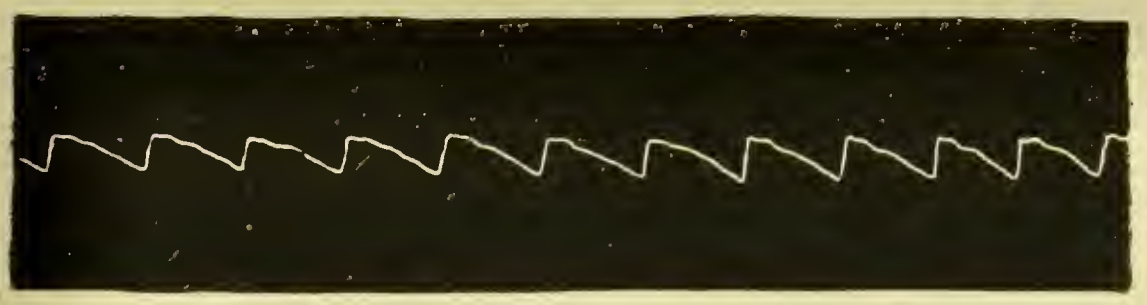

Fig. 15.

Dans trois autres cas, le pouls se modifia davantage encore (fig. 16, 17, 18).

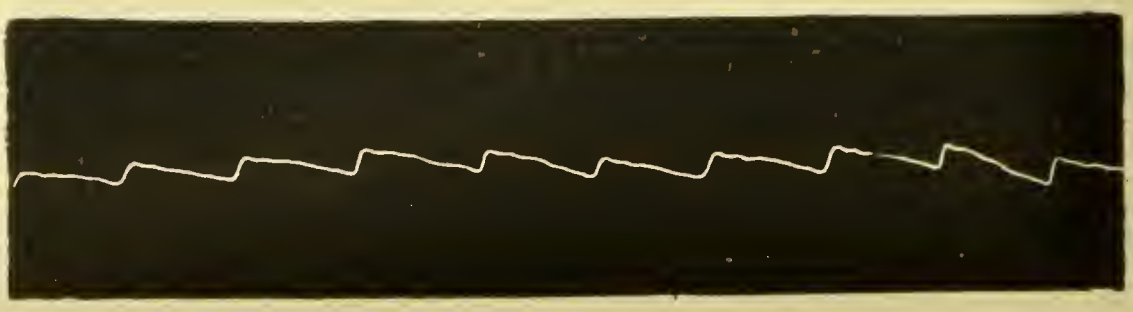

Fig. 16.

Fig. 17.

Fig. 18.

Enfin, lorsque l'algidité devient intense avec pouls petit et misérable, la ligne d'ascension se déprime encore au point d'être presque nulle, comme dans la figure 19.

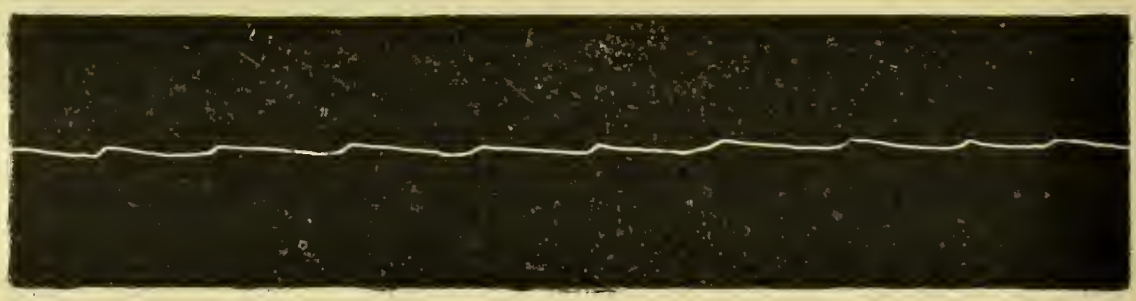

Fig. 19.

Inutile, d'ailleurs, d'ajouter que ces modifications du pouls n'ont rien de spécial. On sait, en effet, qu'elles se produisent dans tous les états algides, quelle qu'en soit l'origine.

Durée. — Les phénomènes d'algidité syphilitique sont généralement assez rebelles. Il est rare qu'ils se dissipent en moins de quatre à six semaines; le plus habituellement, ils se prolongent, avec des

rémissions ou des intermissions irrégulières, pendant deux à trois mois et même davantage.

La médication spécifique n'exerce sur eux qu'une action assez lente et ne les modifie qu'au prix de doses élevées, bien supérieures à celles qui suffisent à influencer les manifestations extérieures et communes de la diathèse.

Pronostic. — Ces accidents ne sont pas graves; car, d'une part, ils n'aboutissent jamais à rien autre qu'un certain état de malaise, et, d'autre part, ils finissent toujours par disparaître.

Toutefois, ils ne laissent pas de comporter indirectement, par rapport à la diathèse, un pronostic (au moins actuel) assez défavorable. Il est d'observation, en effet, qu'ils ne se produisent guère que dans certaines formes de syphilis secondaire fécondes en déterminations multiples et rebelles, affectant d'emblée les fonctions splanchniques et éprouvant les malades bien plus rudement, bien plus sérieusement que ne le fait une vérole vulgaire à symptômes extérieurs. En autres termes, les malades sur lesquels on les rencontre sont presque toujours des femmes affectées de syphilis *nerveuses*, à désordres nerveux profus (céphalée, douleurs névralgiformes, troubles de sensibilité, asthénie des divers systèmes, fièvre spécifique, éréthisme généralisé, etc.), par conséquent sous le coup de syphilis sinon malignes et graves, tout au moins importantes, pénibles, et durables.

Pathogénie. — Des plus simples, me semble-t-il. Chacun connaît les mémorables expériences de Pourfour du Petit et de Claude Bernard sur la section des filets sympathiques, section se traduisant par des congestions locales, des ectasies vasculaires, une augmentation de l'abord du sang, une élévation de température, etc. Chacun sait qu'inversement une excitation portée (après section) sur le segment périphérique de ces mêmes nerfs détermine une réduction du calibre des vaisseaux, un abord moindre du sang, une anémie locale, une chute de la température, etc. Donc, c'est le grand sympathique qui préside aux fonctions de circulation locale et qui règle, par ses filets vaso-moteurs, la température propre de chaque partie du corps. Eh bien, à mon sens, c'est faire une application légitime de ces données expérimentales que de dire ceci : « Suivant toute vraisemblance, les algidités syphilitiques secondaires ont leur origine dans un état morbide du grand sympathique. » Quant à présent, du moins, on ne saurait mieux les expliquer qu'en les considérant comme les effets probables d'une *névrose du grand sympathique.*

Divers symptômes de même origine, mais de modalité très différente, s'observent encore dans les mêmes conditions, à savoir :

1° Des **frissons** passagers, s'ajoutant quelquefois à la sensation de froid général que je viens de décrire, mais se produisant d'autres fois en dehors de tout trouble de ce genre; — apparaissant d'une

façon inopinée, sans cause, et cela de jour ou de nuit ; — peu intenses, à la vérité, et ne consistant le plus souvent qu'en des horripilations passagères ; — mais sujets à répétitions.

2° Des phénomènes précisément inverses, consistant en des véritables **bouffées de chaleur**, qui se portent tout à coup à la tête, puis se répandent « comme des vapeurs » en différents points du corps. Ces sortes de « congestions », comme les appellent les malades, se produisent d'une façon tout aussi inattendue et aussi peu motivée que les frissons dont je parlais à l'instant, et cela soit dans la marche, soit au repos. — Bien que très passagères, elles n'en inquiètent pas moins les patientes en raison de leurs retours fréquents.

II.— **HYPERIDROSES SECONDAIRES.** — Ces hyperidroses affectent deux formes qui consistent en ceci :

A. Des *sueurs générales* et *intermittentes*, survenant pour quelques instants soit à l'état de veille, à propos d'un léger exercice ou même au repos, soit surtout pendant la nuit. Nombre de nos jeunes malades affectées de syphilis nerveuses nous racontent, à la visite du matin, qu'elles ont été réveillées la nuit par des « poussées de sueurs extraordinaires », assez abondantes parfois pour mouiller le linge et les draps.

B. Des *sudations partielles* et *continues*. — Celles-ci affectent d'une façon exclusive les extrémités des membres, notamment la face palmaire de la main et antérieure des doigts. — Elles sont permanentes. — Elle comportent divers degrés. Tantôt elles ne consistent qu'en une simple moiteur tégumentaire. Tantôt elles humectent véritablement les mains et les pieds. Enfin, dans un degré extrême, mais exceptionnel, elles constituent une véritable rosée qui baigne incessamment la peau. J'ai vu une de mes malades avoir en permanence la face palmaire de la main et la face antérieure de la dernière phalange exactement *trempées*, comme si elle venait de retirer sa main de l'eau.

Cette *hyperidrose secondaire* coïncide quelquefois avec des phénomènes d'algidité périphérique ; en sorte que, dans cette forme qui est loin d'être rare, les extrémités sont à la fois *froides et mouillées*.

La durée de tels phénomènes est toujours assez longue, de plusieurs mois en moyenne.

Pathogénie. — Ces états sudoraux sont-ils, comme on l'a prétendu, un résultat de la chloro-anémie ou de la cachexie ? Je n'en crois rien. Et, en effet, on les observe couramment chez des femmes qui ne sont ni anémiques ni (moins encore) cachectiques. Pour moi, ce sont là des troubles dépendant, comme tous ceux du même groupe, du système nerveux et, très vraisemblablement, du système nerveux ganglionnaire.

SYPHILIS SECONDAIRE SPLANCHNIQUE.

La vie fonctionnelle des grands systèmes organiques (un seul réservé) n'est influencée quelque peu sérieusement que d'une façon assez rare au cours de la période secondaire. Et, en effet, la plupart des malades conservent intactes, durant cette période, leurs fonctions de respiration, de circulation, de digestion et de nutrition générale; ou bien, quand ces fonctions viennent à être touchées, ce n'est, le plus souvent, que par des troubles d'ordre dynamique ou nerveux, dont plusieurs auraient pu rentrer dans le paragraphe précédent.

Un seul de ces systèmes est constamment et profondément influencé par la diathèse, sinon dans l'exercice de ses fonctions, du moins dans leur résultat; c'est le système reproducteur. J'aurai, dans ce qui va suivre, à insister longuement sur les néfastes conséquences de la syphilis secondaire à ce point de vue tout spécial.

I

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

De tous les systèmes que nous avons à passer en revue, c'est celui de la *respiration* qui est le plus épargné au cours de l'étape secondaire. En ce qui le concerne, en effet, je n'ai à signaler que deux manifestations tout à fait rares.

1° **Dyspnée secondaire**. — Cette manifestation consiste en des sensations passagères de gêne respiratoire. — On ne l'observe guère que dans certaines conditions spéciales, à savoir : chez les femmes presque exclusivement, ou bien chez les sujets présentant cet ébranlement général du système nerveux que j'ai qualifié de nervosisme secondaire.

Cette dyspnée se produit par accès intermittents, irréguliers comme apparition, n'affectant jamais qu'une intensité médiocre, et simplement éphémères le plus souvent. — On a cru remarquer en certains cas (peu fréquents, à la vérité) qu'ils se manifestaient de préférence vers le soir.

L'origine de ces troubles respiratoires a pu être rattachée quelquefois (on le sait par ce qui précède) soit à l'état chloro-anémique des malades, soit à une gêne mécanique apportée à la libre expansion du thorax par une douleur quelconque (pleurodynie osseuse ou musculaire, périostite ou périostose costale, sternalgie, etc.). Mais, en d'autres cas, elle ne peut être expliquée par rien de matériel, d'autant que la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal vers le

poumon, le cœur et les gros vaisseaux. Le trouble en question reste donc alors un symptôme sans substratum ou plutôt *sine materiâ*, sans lésion appréciable. Il doit être considéré conséquemment comme un phénomène purement dynamique, ayant son siège probable dans le système nerveux.

2° **Pleurésie secondaire**. — Si la pleurésie tertiaire, symptomatique de lésions gommeuses de la plèvre ou de lésions d'organes voisins, est une lésion d'une authenticité irrécusable et d'ailleurs non contestée, il n'en est pas encore de même pour la pleurésie secondaire, qui est de notion récente.

Signalée pour la première fois par MM. Chantemesse et Widal (1890), elle a été depuis lors l'objet de divers travaux, notamment de la part de MM. Talamon, Rochon, Brousse, Raynaud, Carra, Montseret, Spillmann et Etienne, etc.

Sommairement, elle consisterait en ceci : une pleurésie d'ordre simplement fluxionnaire, sèche ou hypercrinique, monolatérale ou bilatérale, se produisant en général au seuil même de la période secondaire, restant toujours bénigne, évoluant d'une façon rapide et se terminant par résolution spontanée. — Somme toute, ce serait une pleurésie à peu près identique à ce qu'est le type bien connu de la pleurésie rhumatismale.

D'une façon plus explicite, elle aurait pour caractères :

1° D'entrer en scène presque toujours dans les premiers mois de la période secondaire et coïncidemment avec les premières poussées secondaires ; d'où le nom qui lui a été donné par M. Chantemesse de **pleurésie du stade roséolique**. — Toutefois, par exception, elle pourrait se produire à une étape plus reculée (par exemple, au dix-huitième, au vingtième mois de l'infection et même au delà).

2° De consister soit (ce qui est le cas le plus usuel) en une pleurésie *sèche*, ne se traduisant que par quelques frottements avec une légère matité, et affectant presque toujours la base du thorax ; — soit en une pleurésie avec épanchement, épanchement toujours séro-fibrineux, toujours léger ou tout au plus moyen. — Dans l'un ou l'autre cas, elle n'aurait d'autres modes d'expression clinique que ceux des pleurésies vulgaires.

3° D'être, pour une proportion numérique à peu près équivalente, ou monolatérale ou bilatérale ; — et, dans ce dernier cas, soit sèche ou hypercrinique des deux côtés, soit sèche d'un côté et hypercrinique de l'autre.

4° De se produire sous deux formes cliniques, à savoir :

I. — Le plus souvent, sous une forme *froide*, aphlegmasique, ou même latente. Elle est alors insidieuse et « sournoise » comme début ; puis, plus tard, elle reste presque dépourvue de symptômes, au point de n'être appréciable que par les données de la percussion et de l'auscultation. C'est dans cette forme qu'il lui arrive souvent d'être mé-

connue, et cela, parce qu'on la prend, en raison de ses phénomènes douloureux, pour une périostite costale, une névralgie, une myosalgie, etc.

II. — Quelquefois cependant elle revêt une forme *subaiguë* ou *aiguë*, laquelle se traduit, sans parler des signes physiques qui sont ceux de toute pleurésie, par une fièvre plus ou moins intense (oscillant en général de 38 à 39 et, exceptionnellement, 40°), par des frissons, un point de côté plus ou moins accentué, de la dyspnée, de la toux, etc.

5° D'évoluer avec rapidité, à la façon de la pleurésie rhumatismale; — et d'aboutir spontanément à une résolution complète, laquelle ne se fait guère attendre au delà de deux à trois septénaires, réserves faites pour quelques cas à terminaison plus tardive; — bref, de constituer une modalité pleurétique foncièrement *bénigne*.

6° Enfin, d'être influencée d'une façon significative par le traitement spécifique, qui parfois la résout et l'efface en quelques jours.

Le cachet de spécificité de cette pleurésie secondaire ressortirait donc principalement, dit-on : 1° de sa coïncidence très habituelle, voire « constante » (?), avec des manifestations secondaires vers la peau, les muqueuses ou même les séreuses articulaires ; — 2° de ses caractères de fugacité, de spontanéité résolutive, et de bénignité ; — 3° et surtout de l'action curative exercée sur elle par le traitement spécifique.

« D'ailleurs, dit M. Chantemesse, puisqu'il n'est pas rare de voir survenir, au début de la période secondaire, des poussées inflammatoires et fébriles vers les séreuses articulaires et tendineuses, quoi d'étonnant à ce que des poussées semblables puissent se faire du côté de la plèvre? Et comment dénier à de telles pleurésies la qualité d'accidents syphilitiques? Voilà une affection qui survient chez un individu manifestement atteint de syphilis et qui survient *en même temps* que d'autres manifestations de syphilis ; comme ces dernières, elle subit l'influence du traitement. Or, celles-ci sont, sans discussion, reconnues syphilitiques, et, dès qu'il s'agit de la plèvre, la nature de l'inflammation changerait ! Pourquoi ? »

Ce qui n'empêche cependant que le caractère syphilitique de ces pleurésies n'ait été vivement contesté. On a dit que « c'étaient là des pleurésies *de coïncidence*, survenues au cours de la syphilis, mais non syphilitiques pour cela » ; — que ces prétendues pleurésies syphilitiques n'étaient rien autre que des pleurésies vulgaires, rhumatismales, prétuberculeuses ou autres, etc. — D'autre part, on a voulu en faire des pleurésies simplement *parasyphilitiques*, ce qui ne s'accorde guère, remarquons-le au passage, avec l'influence curative « si remarquable » qu'exercerait sur elles le traitement spécifique.

On a discuté de même sur le processus pathogénique de cette pleurésie secondaire, en se demandant si elle était le résultat d'une action directe de la syphilis sur la plèvre, ou bien de lymphangites

pulmonaires ou pleurales, ou même « d'une éruption pleurale analogue aux syphilides cutanées et muqueuses » (Chantemesse et Widal).

Toutes ces questions, inutile de le dire, sont loin d'être résolues. Peut-être même serait-il prématuré de prendre position dès à présent pour ou contre l'authenticité de la pleurésie secondaire. A coup sûr, cette entité pathologique compte à son avoir de bons et solides arguments que je viens d'essayer de mettre en lumière ; mais force m'est bien de convenir que la question est à la fois difficile et neuve ; conséquemment, il me semble prudent, pour la juger, d'en appeler à un supplément d'enquête.

Traitement. — C'est le mercure, plus que l'iodure, qui a paru efficace en l'espèce. — En raison des symptômes fébriles et des troubles gastriques concomitants, l'indication rationnelle est d'exclure ici la méthode par ingestion, pour donner la préférence soit aux frictions, soit aux injections mercurielles. — Quant au traitement topique, il paraît superflu, réserves faites pour les cas où il importe de soulager la douleur. Ici comme ailleurs ce dernier traitement consistera en ceci : Ventouses sèches ou, au besoin, ventouses scarifiées, badigeonnages à la teinture d'iode, liniment chloroformé, etc.

On a encore parlé d'une *bronchite secondaire*, laquelle « serait due vraisemblablement, a-t-on dit, à un exanthème des petites bronches analogue à celui qui se produit sur les téguments ». Celle-ci est, pour le moins, très hypothétique.

Que penser cependant de la bronchite qui, assez habituellement (dans la moitié des cas environ, d'après M. Chantemesse), accompagne la pleurésie secondaire? M. Chantemesse n'hésite pas à la considérer, elle aussi, comme de nature syphilitique. Et, de fait, si l'on accorde à la pleurésie le caractère spécifique, il semble difficile de le refuser à la bronchite « concomitante ». — Autre question qui reste à l'étude.

II

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Plus curieuse et plus variée comme expressions cliniques est la réaction exercée sur les *fonctions circulatoires* par la syphilis secondaire et surtout par le nervosisme secondaire (car, ici encore, c'est au système nerveux principalement que doivent être rapportés les troubles morbides).

Cette influence se traduit de trois façons, à savoir : Palpitations ; — tachycardie ; — arythmie cardiaque inconsciente.

Pour n'avoir pas à le répéter incessamment, je dirai de suite que ce

sont là tous phénomènes de *syphilis nerveuse*, par conséquent sinon exclusifs à la femme, tout au moins s'observant sur elle d'une façon infiniment plus commune que chez l'homme.

1° **Palpitations**. — En l'espèce, comme toujours, ces palpitations consistent en ceci : accélération passagère des battements du muscle cardiaque ; — sensation d'un choc d'une intensité insolite sur la paroi thoracique antérieure ; — malaise *sui generis*, à angoisse précordiale, avec étouffement, besoin d'air, dyspnée, etc.

Ces palpitations sont essentiellement intermittentes et irrégulières dans leur apparition. Elles se produisent par crises, par *accès*, qui durent de quelques secondes à quelques minutes et se répètent plus ou moins fréquemment. — Tantôt ces accès sont provoqués par le mouvement, la marche, un déplacement subit, l'ascension d'un escalier, une émotion, etc. ; et tantôt ils se manifestent sans cause, au repos, au lit même ou pendant le sommeil. — Ils sont plus souvent diurnes que nocturnes ; sur quelques malades, cependant, je les ai vus se manifester de préférence pendant la nuit.

Vient-on à rechercher la raison de ces troubles, on ne constate rien pour les expliquer. D'une part, cœur normal, avec bruits normaux. D'autre part, le plus souvent absence de tout souffle anémique. Et, finalement, aucun antécédent de troubles semblables. Si bien que l'infection spécifique reste seule à mettre en cause comme origine possible du phénomène. Et nul doute, en effet, qu'elle n'en soit responsable. Tout concourt à le démontrer. Car : ces palpitations ont pour caractère de faire leur première apparition au cours de la période secondaire ; — presque toujours elles coïncident soit avec des manifestations spécifiques d'ordre courant, soit avec des symptômes de syphilis nerveuse ; — elles ne durent jamais qu'un certain temps, à la façon des accidents secondaires ; — elles récidivent parfois à l'occasion de poussées nouvelles ; — elles s'atténuent sous l'influence des agents spécifiques ; — finalement, elles disparaissent en laissant indemne le système circulatoire.

2° **Tachycardie secondaire**. — Phénomène assurément rare, mais des plus authentiques.

Il consiste en ceci : Accélération continue des battements du cœur, sans autres phénomènes cardiaques concomitants, notamment (ce qui est curieux) sans palpitations, et, d'autre part, sans élévation de température, sans aucun des phènomènes constitutifs de la réaction fébrile.

C'est là un trouble indolent et inconscient du cœur, que le hasard seul révèle parfois au médecin, car le plus souvent les malades ne s'en plaignent pas. Quelquefois, cependant, il s'accompagne d'un certain malaise cardiaque, vague et mal défini.

J'ai vu de la sorte sur quelques malades le pouls s'élever à 120 et 130, voire, mais très exceptionnellement, à 140 et 150.

Cette accélération singulière des battements cardiaques ne dure qu'un temps, pour faire retour à l'état normal d'une façon progressive en l'espace de quelques septénaires.

Elle s'observe dans les conditions suivantes; toujours chez des femmes; — toujours en coïncidence avec d'autres phénomènes nerveux; — et, presque invariablement, dans les premiers temps de la période secondaire. — Je l'ai vue même préluder de quelques jours à l'invasion de la roséole, par exemple sur l'une de mes malades qui, six semaines après le début d'un chancre, entra de la façon que voici dans la période secondaire : malaise général; céphalée vive; douleurs multiples et surtout endolorissement des membres; troubles nerveux et, plus spécialement encore, état d'éréthisme nerveux; — accélération extrême du pouls, battant entre 140 et 150, et cela sans la moindre élévation de température; — puis, six jours plus tard, syphilide érythémateuse confluente.

3° **Arythmies cardiaques inconscientes**. — Manifestation beaucoup plus commune que les deux précédentes et se caractérisant par le curieux phénomène que voici :

Irrégularités diverses du pouls radial; — irrégularités non senties, non perçues (sauf exceptions rares) par les malades; — difficilement appréciées ou même non appréciables pour quelques-unes par l'exploration digitale de l'artère; — mais se révélant de la façon la plus évidente à l'exploration sphygmographique.

Pour avoir longtemps étudié cet ordre de symptômes chez mes malades de Lourcine, je suis autorisé, je crois, à en affirmer l'authenticité, non moins que l'irrécusable relation avec le nervosisme secondaire. Sur nombre de ces malades, en effet, j'ai constaté que le pouls radial, d'une régularité absolue à la période primaire, commençait à se troubler comme rythme au cours de la période secondaire; — que ces arythmies duraient un certain temps, pour s'évanouir ensuite, à la façon dont se dissipent et disparaissent toutes les manifestations secondaires; — qu'elles se produisaient toujours soit sur des femmes nerveuses, soit sur des femmes éprouvées d'une façon nerveuse par la syphilis; — enfin, qu'elles n'étaient imputables à aucune cause autre que la syphilis. Logiquement, donc, on peut les considérer, elles aussi, comme un mode d'expression du nervosisme secondaire.

Ces arythmies du pouls ne se rencontrent pas seulement chez les femmes dont la circulation est troublée d'une façon consciente et qui se plaignent de quelques troubles fonctionnels, tels que palpitations, étouffements, dyspnée. Elles se produisent aussi — et plus fréquemment, je crois, — *en dehors de tout trouble perçu*, indépendamment de tout désordre fonctionnel, de tout état de souffrance des organes circulatoires. Il faut alors les chercher pour les découvrir, et c'est affaire au médecin de les dépister.

Ajoutons que, d'ailleurs, elles sont essentiellement intermittentes.

Si bien que d'une semaine à une autre, d'un jour à un autre, voire d'une heure à l'autre, elles peuvent se présenter modifiées ou même disparaître, pour se reproduire à échéances absolument irrégulières. C'est là ce dont témoignent les tracés sphygmographiques, alors qu'on s'astreint à les recueillir *en série* pendant un certain temps sur la même malade. — Disons toutefois que, dans les cas bien accentués, la modalité morbide du pouls se montre assez persistante et assez uniforme pour un temps plus ou moins long.

Quant aux types que sont susceptibles d'affecter ces arythmies secondaires, ils sont assez variés. Ainsi :

Tantôt l'irrégularité porte sur la *durée inégale* des pulsations, dont quelques-unes sont anormalement prolongées, comme dans les deux tracés que voici :

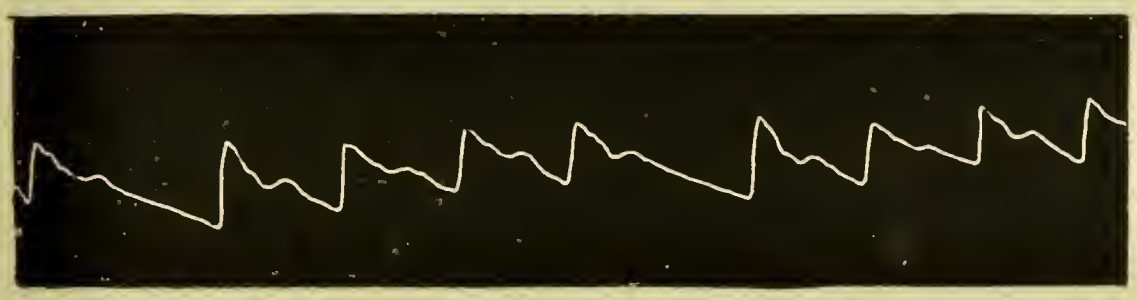

Fig. 20.

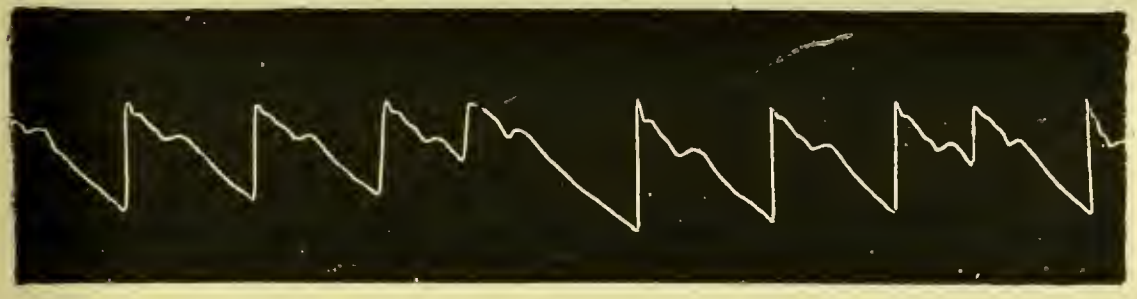

Fig. 21.

Tantôt l'irrégularité est relative à l'*inégalité d'amplitude* des pulsations. Ainsi, certaines pulsations contrastent avec les autres par une ligne d'ascension notablement plus élevée (et quelquefois aussi par une durée plus longue). C'est ce dont témoignent les tracés 22 et 23.

Fig. 22.

Fig. 23.

D'autres fois, l'irrégularité se traduit par ce qu'on appelle une *systole avortée*, comme dans les figures 24 et 25.

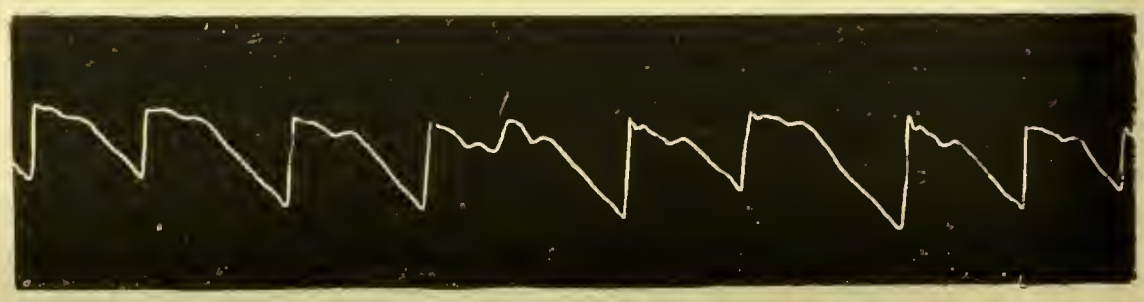

Fig. 24.

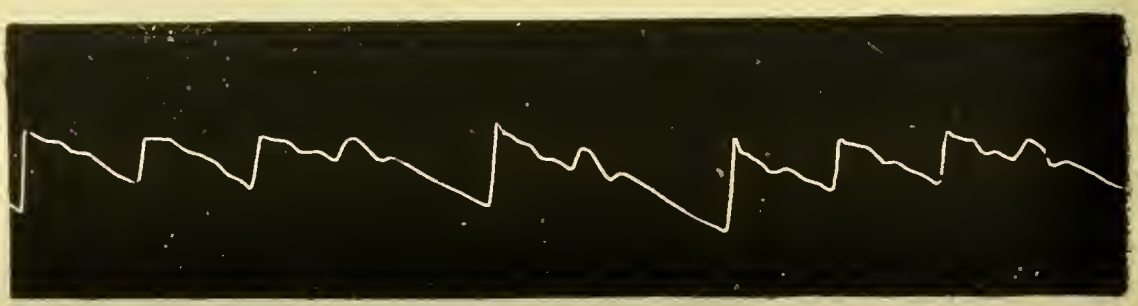

Fig. 25.

Il se peut, enfin, que plusieurs de ces irrégularités se trouvent réunies, associées sur le même sujet.

Je n'insisterai pas davantage sur les phénomènes de cet ordre, que j'ai plus longuement étudiés ailleurs (1), et cela parce qu'à vrai dire ils sont plus curieux qu'importants. Au point de vue pratique, on pourrait les méconnaître (comme on les méconnaît fort souvent) sans dommage pour les malades. Mais il n'en est pas de même au point de vue scientifique, et tel est leur intérêt réel, comme on va le comprendre.

Que ces phénomènes n'aient en soi rien de spécial, rien qui appartienne en propre à la syphilis, cela est de toute évidence. Et, en effet, ils ne diffèrent en rien des diverses altérations du pouls que l'on observe dans une foule de maladies, notamment dans les névroses, dans les troubles généraux de l'organisme, dans les états cachectiques, etc. (2). Mais qu'ils se rattachent à la syphilis comme origine

(1) Voy. *Leçons sur la syphilis chez la femme*, 2e édit., p. 68 et suiv.

(2) Consulter à ce sujet le beau livre de Lorain ayant pour titre : *Études de médecine clinique, le pouls*. Paris, 1870.

Dans un très intéressant travail publié dans les *Archives générales de médecine*

première, voilà ce qui n'est pas moins manifeste de par les conditions où ils se produisent, de par leur coïncidence habituelle avec d'autres accidents spécifiques, de par leur durée passagère, etc. Or, s'il en est ainsi, ils constituent une véritable NÉVROSE CARDIAQUE d'*origine spécifique*. Eh bien, je le demande, n'est-il pas curieux, prodigieusement curieux, de voir la syphilis, même jeune, même secondaire, retentir ainsi sur le cœur?

PHLÉBITE SECONDAIRE.

Des phlébites de modalité subaiguë ou de modalité froide, aphlegmasique, ont été observées comme manifestations de syphilis secondaire. Mais ce sont là des accidents des plus rares.

Aussi bien ces phlébites sont-elles de connaissance récente. Elles paraissent avoir été signalées pour la première fois par Gayraud (1882). — Un de mes anciens internes, le Dr Mendel, leur a consacré un intéressant mémoire (1), où il a réuni à peu près tous les cas publiés jusqu'à ces derniers temps.

Siège. — La phlébite secondaire affecte presque exclusivement les *veines superficielles*, situées sous la peau. Rarement on l'a constatée sur les veines profondes (celles du mollet, par exemple).

Elle intéresse d'une façon également presque exclusive les veines des *membres* et, bien plus souvent, celles des membres inférieurs (saphène interne, saphène externe) que celles des membres supérieurs (basilique, céphalique, médiane basilique, médiane céphalique, médiane de l'avant-bras, etc.). — Jamais on ne l'a signalée à la main, au pied, au cou, à la tête, etc.

La *saphène interne*, soit dans son tronc, soit dans ses branches, est la veine qu'elle affecte le plus fréquemment.

En général, la phlébite secondaire n'intéresse qu'une seule veine. On l'a vue cependant se porter soit simultanément, soit successivement et à courtes échéances chronologiques, sur les deux saphènes, voire sur trois ou quatre troncs veineux. Dans un cas de M. le Dr Mauriac, par exemple, un malade fut affecté, à quelques mois de distance, de manifestations phlébitiques sur les veines profondes

(décembre 1872), M. le professeur LASÈGUE a démontré ce fait, que les intermittences cardiaques se rencontrent comme phénomène *habituel* dans une série d'états morbides très divers ayant tous pour aboutissant commun un trouble grave de la santé, notamment dans les cachexies de tout genre, cachexies passagères et curables, ou bien cachexies persistantes et ultimes. Or, à plus d'un titre, la syphilis figure au nombre des affections susceptibles d'apporter « un trouble grave dans la santé ». *A priori*, donc, on serait autorisé à la considérer comme susceptible de déterminer des intermittences cardiaques. Nous venons de voir l'expérience clinique confirmer cette présomption.

(1) Voy. MENDEL, *Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1894).

du mollet droit, puis sur les veines sous-cutanées de l'avant-bras droit, puis sur plusieurs veines sous-cutanées de la cuisse droite. — Une femme, citée par Breda, présenta dans le même temps, sans parler de diverses manifestations secondaires, des phlébites multiples portant sur la saphène interne gauche, la basilique, la céphalique et la médiane du même côté. — Je viens d'observer un fait exactement semblable. — Il y a plus même. Ainsi, dans un cas qui a été relaté par le Dr Mendel, toutes les veines superficielles des membres (réserves faites pour celles des mains et des pieds) se trouvèrent prises à un moment donné et converties en autant de cordons rigides.

Enfin, comme étendue et importance de lésions, trois ordres de cas possibles : cas où la phlébite se restreint à un court segment d'une veine (quelques centimètres); — cas, plus usuels, où elle affecte un segment vasculaire plus considérable, tel que la portion jambière ou la portion crurale de la saphène interne ; — cas, exceptionnels, où elle intéresse, comme sur un malade de Charvot et sur l'un des miens, toute la saphène interne depuis la malléole jusqu'à la région crurale supérieure.

Étiologie. — Généralement nulle, en ce sens que la phlébite se produit sans le moindre appel, sans la moindre provocation, par exemple sur des malades hospitalisés, gardant un repos au moins relatif, en tout cas non soumis à la moindre fatigue.

Quelquefois, cependant, on l'a vue succéder à du surmenage physique, des efforts, des fatigues, etc. — Dans un cas elle a coïncidé avec des manifestations de rhumatisme syphilitique.

Notablement plus commune chez l'homme que chez la femme.

Symptômes. — Rien de spécial. — Les symptômes sont ceux d'une phlébite *de modalité subaiguë* ou même, disons mieux, de modalité initialement subaiguë, mais tournant presque aussitôt à une *modalité froide*, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique des cordons veineux. — Quelquefois la maladie affecte cette modalité froide dès son début et la conserve pendant toute sa durée.

Sommairement, ce qu'on observe est ceci :

1° Début toujours brusque, inattendu ; — s'annonçant par une *douleur* plus ou moins vive et nettement circonscrite; — douleur spontanée, s'exaspérant surtout par les mouvements et la pression.

2° Au niveau du point douloureux, *empâtement* phlegmasique, avec ou sans *suffusion rosée* des téguments; — empâtement et suffusion de forme généralement allongée, parfois même s'étendant en longues, minces et fines traînées.

3° Perception possible en ce même point (surtout alors qu'après quelques jours les symptômes de congestion locale commencent à s'affaisser) d'un *cordon* cylindroïde, allongé, dur, parfois renflé sur

certains points et moniliforme, cordon comparable, suivant sa grosseur, soit au petit doigt, soit à un tuyau de pipe, soit même (pour les petites veines) à une plume de corbeau. — Ce cordon offre ceci de spécial qu'il suit anatomiquement le trajet connu d'une veine; c'est donc une veine, bien certainement, qui le constitue. Parfois même la démonstration peut en être acquise par ce fait qu'une compression exercée sur le membre à sa racine gonfle ce cordon à la façon d'une veine; mais il faut, pour que cette expérience réussisse, que la veine soit restée à moitié perméable, ce qui d'ailleurs n'est pas très rare, assure-t-on.

Ce cordon dur répond au segment de veine affecté. C'est dire qu'il a une étendue très variable suivant les cas : tantôt se limitant à quelques centimètres, tantôt mesurant la longueur d'un segment de membre, et tantôt enfin (mais ceci n'est plus qu'exceptionnel) correspondant à presque toute la longueur du membre.

Il est généralement continu et uniforme, à cela près de quelques petits renflements partiels en forme de grains de chapelet. — D'autres fois il est interrompu et se présente « en tronçons », comme si (particularité singulière, mais authentique) un département de la veine était resté sain entre deux segments affectés.

Lorsque ce cordon s'accroît comme étendue, la propagation phlébitique se fait habituellement dans le sens centripète, plus rarement dans le sens centrifuge. Ainsi, au niveau de la saphène, la phlébite remonte du genou vers la racine du membre plus fréquemment qu'elle ne descend de la cuisse vers la jambe. — Cette propagation est quelquefois très rapide. Exemple : dans un cas de Gayraud, toute la saphène crurale se trouva intéressée en l'espace de quarante-huit heures.

4° *Œdème*; — proportionnel à l'importance de la veine thrombosée; — presque toujours minime et limité à l'extrémité des membres (région malléolaire, par exemple); — parfois plus intense. — On l'a même vu « considérable », comme dans un cas de phlébite des veines du bras relaté par le Dr Mauriac.

5° *Troubles fonctionnels* variés : gêne et limitation des mouvements du membre. — Dans les phlébites du membre inférieur, marche difficile, douloureuse, impossible même; fourmillements, engourdissement, etc.

6° *Troubles généraux.* — En général légers et surtout peu durables. — Au début, fièvre moyenne, avec le cortège de troubles sympathiques qui accompagnent toute fièvre. Mais, très rapidement, cette réaction tombe; il est rare qu'elle excède deux à trois jours.

Parfois même, mais seulement dans les cas légers et de modalité relativement froide, absence de troubles généraux.

Évolution, durée. — L'évolution est ce qu'il y a de plus spécial

(je serais presque tenté de dire de plus caractéristique) dans toute l'histoire de la phlébite secondaire. L'affection, en effet, débute brusquement avec une modalité subinflammatoire; puis, très rapidement, *elle tourne court pour verser dans une modalité froide* où elle ne consiste plus qu'en une induration plastique de la paroi vasculaire. Peu de phlébites évoluent sous cette forme.

De ces deux étapes successives, l'une est très courte et n'excède guère deux à trois jours; — tandis que l'autre est infiniment plus prolongée. Ainsi, même dans les cas les plus légers, la résolution ne demande pas moins de quinze jours à trois semaines pour s'accomplir, c'est-à-dire pour que la veine indurée reprenne sa souplesse normale. Bien plus usuellement, elle exige six semaines à deux mois, voire davantage. Il est exceptionnel toutefois qu'elle réclame un temps notablement plus long, comme dans un cas de M. Mauriac où, après trois invasions phlébitiques, la guérison ne se fit pas attendre moins de six mois.

Des *récidives*, en effet, s'observent quelquefois, comme le démontrent ce dernier cas et quelques autres analogues. L'une de mes observations personnelles est un type du genre et mérite, à ce point de vue, d'être citée :

Syphilis en mai. — Vers la fin de juin, *première invasion* de symptômes phlébitiques sur la saphène gauche.

En juillet, syphilide ulcéreuse superficielle. — *Seconde invasion phlébitique,* se faisant sur la saphène interne droite, sur la médiane basilique et la médiane céphalique du côté gauche et sur la céphalique droite. — Traitement mixte ; guérison presque complète en septembre.

En octobre, à la suite de fatigues physiques (le malade, garçon de magasin, frottait et cirait le parquet), *troisième invasion phlébitique*, celle-ci plus intense et plus généralisée, affectant *toutes les veines superficielles des quatre membres*, à la réserve de celles des mains et des pieds. — Nouveau traitement ; — guérison vers la fin de novembre.

Pronostic. — Favorable. — Jusqu'à ce jour tous les cas se sont terminés par résolution et par résolution complète, sans complications, sans accidents. On n'a pas encore, notamment, observé d'embolie, éventualité qui constitue, comme chacun le sait, le danger capital des phlébites.

Diagnostic. — Facile; car il ressort nettement de la qualité des symptômes observés (douleur circonscrite, empâtement allongé, œdème, et surtout perception presque toujours possible d'un cordon dur, moniliforme, suivant le trajet connu d'une veine).

Quant à la nature *spécifique* de la phlébite, elle ressort : 1° des conditions toutes spéciales dans lesquelles l'affection s'est produite, c'est-à-dire sur un sujet syphilitique et généralement affecté dans le même temps d'accidents syphilitiques secondaires ; — 2° de

la modalité particulière de cette phlébite qui, après avoir débuté à la façon d'une phlébite inflammatoire, a dégénéré presque immédiatement en une simple induration plastique de la veine ; — 3° enfin, de l'exclusion d'autres causes (traumatisme, rhumatisme, tuberculose, infections diverses) susceptibles de déterminer une phlegmasie ou une thrombose veineuse.

Longtemps la phlébite secondaire a été prise pour une simple lymphangite, et cela surtout parce que, théoriquement, on n'admettait pas la possibilité d'une localisation spécifique sur les veines, surtout au cours de la période secondaire. Cette confusion ne serait plus pardonnable de nos jours, et elle sera facilement évitée de par les considérations suivantes :

I. — La lymphangite a pour aboutissant un ou plusieurs ganglions engorgés. — La phlébite a pour point de départ et pour aboutissant un cordon veineux.

II. — Localisation anatomique de la phlébite quelquefois très précise, comme lorsqu'elle siège sur des veines de trajet connu et peu variable (saphène interne, médiane basilique, médiane céphalique, etc.)

III. — Intégrité bien manifeste du système veineux dans les cas de lymphangite.

IV. — Quelquefois, alors que la veine affectée est restée partiellement perméable, épreuve probante d'une compression exercée à la racine du membre, compression ayant pour résultat de déterminer une turgescence du cordon veineux. — Etc.

Anatomie pathologique. — Encore ignorée. — A ma connaissance, une seule biopsie (forcément incomplète et insuffisante comme résultats) a été pratiquée jusqu'ici. Elle a fourni les quelques données suivantes :

Oblitération complète du vaisseau dans le segment réséqué. — Adhérences pariétales au moins partielles avec le caillot central, constituées par le prolongement des cellules plates de la tunique interne, qui se dévient obliquement vers la lumière de la veine en constituant un tissu dense. — Congestion très intense de la tunique externe au niveau des adhérences. — Intégrité de la tunique moyenne, qui reste exempte d'altérations appréciables. — Au contraire, tuméfaction très accentuée de la tunique interne, qui présente une épaisseur quadruple et même quintuple de la normale. — Cet épaississement est constitué par une prolifération surabondante des cellules, qui ont perdu en ces points leur aspect plat et leur disposition parallèle. — Au total, donc, lésions de phlébite, mais *rien de spécial* et rien autre que des altérations banales, comme on en constate dans une veine obstruée par un caillot (1).

Traitement. — Il consistera très simplement en ceci :

(1) Mendel, Mémoire précité.

Repos. — Repos au lit, voire prolongé, alors que la phlébite occupe les membres inférieurs.

Dans les premiers temps, cataplasmes émollients ; — bains.

Onctions mercurielles sur le trajet de la veine.

Traitement mixte.

III

SYSTÈME DIGESTIF ET ANNEXES.

Le système digestif est sujet, au cours de la période secondaire, à des troubles nombreux et très variés de forme, quelques-uns même étranges, presque extraordinaires.

En tête de ce chapitre, je spécifierai tout d'abord que la plupart des manifestations qui vont y figurer sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. Et j'ajouterai aussi que, dans le sexe féminin, elles ne sont guère l'apanage que de certaines femmes nerveuses ou nerveusement éprouvées par la syphilis. — A noter encore qu'elles ne sont pas en relation obligatoire avec l'intensité même de l'infection. Ainsi, certaines femmes affectées de syphilis plus ou moins sérieuses, voire presque graves originairement quant à leurs symptômes extérieurs, sont relativement épargnées quant à leurs fonctions digestives et doivent à ce privilège de résister à la maladie ; tandis que d'autres, coïncidemment avec des symptômes d'allure bénigne, sont sévèrement éprouvées dans ces mêmes fonctions, ce qui ne manque guère d'imprimer à leur syphilis un certain degré de gravité, et je dirai même, sans exagération pour quelques cas, de malignité particulière.

I. — Je signalerai d'abord dans ce groupe les **troubles dyspeptiques** et **gastralgiques.**

Ces troubles sont communs au cours de l'étape secondaire, et cela chez la femme spécialement. Ils se caractérisent par les symptômes usuels de ces deux névroses stomacales, sans rien présenter de particulier.

Quelle pathogénie assigner à cet ordre de manifestations ? Procèdent-elles directement de la syphilis ? Cela ne serait pas impossible pour certains cas où on les voit apparaître pour la première fois au cours de la période secondaire et disparaître au delà. Ou bien ne font-elles que dériver *indirectement* de la diathèse, comme conséquences de l'état de débilitation, d'anémie, d'asthénie fonctionnelle, qui résulte de l'infection générale ? Cette dernière interprétation paraît plus vraisemblable. — Ne pas oublier aussi la part que peuvent prendre à la genèse de ces névroses les diverses médications mises en œuvre contre la maladie.

II. — Beaucoup moins commune, mais non récusable cependant, est une névrose intestinale qu'on a qualifiée du nom d'**entéralgie secondaire**. — Celle-ci se caractérise par des douleurs abdominales plus ou moins vives, produisant la sensation de « coliques », s'exagérant par crises intermittentes et irrégulières, s'accompagnant même quelquefois de vomituritions.

Que sont de telles douleurs et sur quel organe les localiser? — D'une part, une étude attentive les montre indépendantes de toute cause accidentelle, telle qu'indigestion, écart de régime, refroidissement, etc. D'autre part, le palper abdominal et, au besoin, le toucher vaginal excluent toute affection de l'utérus ou de ses annexes. Impossible de supposer une phlegmasie péritonéale, non plus qu'une myosalgie des muscles abdominaux, non plus qu'une névralgie lombo-abdominale. De sorte que, par voie d'élimination, on est conduit à localiser ces douleurs dans l'intestin et à en faire l'expression d'une névrose douloureuse de cet organe.

Cette entéralgie secondaire est variable et mobile à l'instar des névralgies de tout genre et plus spécialement des viscéralgies. Chez la plupart de mes malades, je l'ai vue sujette à des oscillations inexplicables, à des sédations et à des recrudescences alternantes, comme aussi à des récidives imprévues. C'est dire qu'elle n'a rien de fixe comme durée. Presque éphémère chez telles femmes, elle est plus prolongée chez telles autres, qu'elle peut affliger pendant plusieurs septénaires d'une façon intermittente ou continue.

Ajoutons que parfois encore elle s'associe à des troubles de même ordre affectant l'estomac, pour constituer une véritable *gastro-entéralgie*.

De même que les névralgies ou les viscéralgies spécifiques, elle est réfractaire en général aux narcotiques communs (opium, belladone, etc.), qui ne paraissent exercer sur elle qu'une sédation artificielle et passagère. En revanche, la médication antisyphilitique, aidée au besoin de quelques révulsifs abdominaux, la soulage et la dissipe assez rapidement.

III. — Plus rarement ces douleurs abdominales *semblent* être symptomatiques d'une véritable **entérite**. C'est qu'alors en effet il s'y adjoint divers phénomènes qui témoignent d'une excitation phlegmasique de la muqueuse intestinale, à savoir : diarrhée plus ou moins abondante et plus ou moins persistante (de quelques jours à deux ou trois semaines), excrétions glaireuses, parfois même légèrement striées de sang, sensibilité inflammatoire de l'abdomen, vomituritions, etc.

Il faut convenir cependant que, si elle existe, cette entérite syphilitique *secondaire* est loin encore d'être démontrée, à l'inverse de l'entérite syphilitique tertiaire dont l'existence repose sur des témoi-

gnages anatomiques indiscutables. Théoriquement, on ne s'est pas fait faute de l'admettre. « Il doit exister, a-t-on dit, un énanthème secondaire analogue aux exanthèmes secondaires; il doit exister un catarrhe des voies digestives et biliaires constituant, comme pendant aux dermopathies, de véritables *syphilides intestinales.* » D'autres ont émis l'hypothèse d'une diarrhée symptomatique de la réaction du virus sur les organes lymphoïdes de l'intestin. » Il n'est pas douteux pour nous, dit le Dr Jullien, que ce symptôme ne doive être rattaché, dans un grand nombre de cas, à l'influence du virus sur les follicules clos de la muqueuse intestinale, lesquels ne sont en définitive que de petits ganglions lymphatiques. Chez un homme de cinquante et un ans qui succomba dans le cours d'une syphilide maculeuse, Oser (de Cracovie) a constaté le long de l'intestin grêle, depuis le jéjunum jusqu'à la valvule iléo-cæcale, de nombreuses ulcérations répondant aux plaques de Peyer. Au niveau de ces ulcérations, le péritoine était recouvert de nodules gris blanc, manifestement en rapport avec les vaisseaux lymphatiques dilatés. Peut-être aussi faudrait-il voir dans ce trouble des fonctions intestinales un effet de l'adénopathie mésentérique et rétro-péritonéale qui doit exister fréquemment au début de l'infection. »

Rien de mieux, théoriquement. Mais tout cela est bien hypothétique. D'une part, cliniquement, les observations sont encore insuffisantes pour établir d'une façon irréfutable l'existence d'une entérite secondaire. Des diarrhées avec coliques au cours de la période secondaire, cela se rencontre à tout instant, mais il est bien difficile de déterminer si ces diarrhées relèvent de la syphilis et non d'autres causes incidentes (écarts de régime, refroidissements, influences médicamenteuses et, tout spécialement, *hydrargyrie intestinale*, etc.).

Et, d'autre part, anatomiquement, quelques faits d'*ulcérations intestinales* qui ont été publiés ces derniers temps semblent ressortir bien moins à la syphilis secondaire qu'à une étape plus avancée de la maladie.

La question reste donc à l'étude.

Toujours est-il que je dois donner place ici à une observation très curieuse et très instructive, due à MM. Hayem et Tissier (1), observation qui présente pour nous un double intérêt, comme on va le voir.

(*Sommaire.*) — Une femme de trente-deux ans est apportée à l'hôpital dans un état de stupeur adynamique. Elle présente tous les signes d'une dothiénentérie (inutiles à reproduire ici), notamment une diarrhée abondante. On remarque cependant l'absence de divers symptômes, tels que taches rosées, épistaxis, tuméfaction de la rate et phénomènes thoraciques. — En outre, on relève sur elle (sans parler d'une hémiplégie survenue l'année précédente et guérie en deux mois) des témoignages incontestables de syphilis, à savoir :

(1) Hayem et Tissier, *De la Syphilis de l'intestin* (*Revue de médecine*, t. IX, avril 1889).

syphilides papulo-squameuses en placards, de couleur rouge brun avec reflets cuivrés, sur le thorax, le ventre, le dos et les cuisses ; — adénopathies inguinales légères ; — et syphilides papulo-hypertrophiques au niveau de l'anus. — Traitement par frictions mercurielles et injections de peptonate de mercure. — Très rapidement, l'état s'aggrave : délire, céphalalgie, somnolence ; puis refroidissement, cyanose, et mort.

L'autopsie révèle comme seules lésions : dans le cæcum, plusieurs *ulcérations* de dimensions différentes, dont la plus grande mesure 15 millimètres verticalement sur 5 millimètres de largeur ; ulcérations circulaires ou ovalaires, entourées d'une aréole rouge, à bords offrant une induration notable, à fond blanchâtre et rempli d'une matière puriforme ; — dans le côlon ascendant, deux érosions assez longues, mais étroites ; — dans le côlon transverse, deux ulcérations peu profondes, à peu près circulaires, à bords indurés, etc.

Or, d'une longue et savante discussion, à la fois clinique et histologique, MM. Hayem et Tissier aboutissent à conclure :

1° Que, dans ce cas, les ulcérations de l'intestin ne peuvent certainement être imputées ni à la tuberculose, ni à la fièvre typhoïde, ni à la dysenterie, ni à la leucémie, etc. ; — et que, par exclusion, étant donnée de plus la coexistence de lésions cutanées de nature incontestablement syphilitique, elles doivent rationnellement être rapportées à la syphilis.

2° Que les symptômes typhoïdiques présentés par la malade ont sûrement dérivé des lésions ulcéreuses de l'intestin, et que, conséquemment, « à côté de la typhose syphilitique *essentielle* de Fournier, *il existe une typhose syphilitique symptomatique de lésions ulcéreuses de l'intestin*, typhose appartenant à un stade plus éloigné de l'accident initial, typhose dont le pronostic est aussi plus sombre, puisque la mort peut en être le dénouement (1) ».

Il semblerait donc résulter ceci de l'observation qu'on vient de lire :

1° Que la syphilis serait capable, même à une époque où elle se traduit encore par des manifestations d'ordre secondaire, de déterminer une *entérite ulcéreuse* ;

(1) Cette conclusion est également reproduite par M. le Dr Galliard dans son intéressante étude sur les *Entéropathies syphilitiques* (*Presse médicale*, 23 janvier 1897).

Je n'ajouterai qu'une remarque à ce qui précède.

Bien que présentant à la peau et à l'anus des manifestations d'ordre secondaire, la malade de MM. Hayem et Tissier avait été déjà touchée par le tertiarisme, puisque, l'année précédente, elle avait été affectée d'une hémiplégie supposée syphilitique. Ce cas serait donc mal choisi en tant que preuve à l'appui de l'entérite syphilitique *secondaire*. — La question, au surplus, est de médiocre importance ; car, ainsi que je l'ai dit et répété tant de fois, où se trouve en clinique la frontière délimitative entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire ? L'essentiel est de savoir qu'il y a une *entérite spécifique*. Et le point nouveau qui doit s'imposer actuellement à nos recherches, de par la très intéressante observation de MM. Hayem et Tissier, est de déterminer si cette entérite peut ou non servir d'explication à ces curieux *états typhoïdes* qui ne laissent pas de se produire sur nos malades avec quelque fréquence.

Et 2° que cette entérite, à son tour, pourrait s'accuser par un ensemble de phénomènes typhoïdiques constituant une *typhose secondaire*.

C'est là, à ce double point de vue, un fait d'importance majeure, sur lequel notre attention doit se diriger actuellement.

IV. — Enfin, un autre phénomène assurément exceptionnel, mais digne de mention, consiste en de véritables **crises de vomissements** qui, associées ou non à tel ou tel des symptômes précédents, se répètent quelquefois pendant un temps plus ou moins long, à l'instar, par exemple, des vomissements qui signalent le début d'une grossesse.

On voit de la sorte certaines femmes syphilitiques — celles surtout chez qui la syphilis se traduit par des phénomènes de langueur, de dépression, d'adynamie fonctionnelle — être prises tout à coup et sans cause appréciable d'une véritable *intolérance gastrique*. Elles se mettent à vomir, voire à vomir tout ce qu'elles prennent; elles rejettent même les aliments les plus légers, les boissons, le lait, etc. Il semble que l'estomac, frappé d'atonie, soit devenu incapable de rien digérer.

Cette *impuissance digestive*, cette sorte d'*asthénie gastrique* résiste en général assez opiniâtrément aux médications les plus rationnelles. Elle ne persiste jamais moins de plusieurs semaines.

V. — Mais beaucoup plus communs et surtout plus curieux sont les troubles qui peuvent intéresser l'*appétit* au cours de la période secondaire.

Ceux-ci sont variés, voire susceptibles de types absolument contraires. Tantôt, en effet, la syphilis diminue ou même éteint l'appétit; — et tantôt, inversement, elle l'exagère d'une façon morbide, jusqu'à constituer une véritable boulimie.

En tout cas, ces troubles peuvent se ranger, pour les besoins d'une description méthodique, sous les trois chefs suivants :

1° Diminution de l'appétit ;

2° Anorexie hystériforme;

3° Boulimie secondaire.

1° **Diminution de l'appétit.** — Le premier type est infiniment le plus commun, et pour cause. La syphilis secondaire, en effet, comporte une foule de manifestations susceptibles de réagir à divers titres sur l'appétit et de le diminuer: poussées éruptives, fièvre spécifique ou fièvre symptomatique, phénomènes douloureux de tout ordre, accidents nerveux, insomnie, débilitation générale, chloro-anémie, etc., etc. ; sans parler des influences d'ordre moral.

D'autre part, en dehors de cette anorexie symptomatique, il se

produit assez souvent, au cours de la période secondaire, une anorexie en quelque sorte essentielle, propre, je dirais volontiers *infectieuse*, qui ne semble explicable par aucune des manifestations précédentes.

En tout cas, il n'est pas rare, chez la femme jeune notamment, comme aussi chez les sujets lymphatiques ou nerveux, que l'appétit subisse une dépression notable dès l'invasion ou dans les premiers temps de la période secondaire. C'est ainsi que nombre de femmes témoignent à ce moment d'une inappétence insolite qui les étonne elles-mêmes. « Elles n'ont plus faim, disent-elles ; elles ont perdu le goût du manger. » Leur langue néanmoins — contraste curieux — n'est pas saburrale ; elle reste nette, humide ; tout au plus devient-elle parfois légèrement grisâtre.

Cet alanguissement de l'appétit persiste plus ou moins longtemps, quelques septénaires en moyenne ; après quoi l'état normal se rétablit. — Parfois encore, il se reproduit une ou plusieurs fois, à échéances variées.

2° **Anorexie hystériforme secondaire.** — Infiniment plus rare et presque exceptionnel, ce second type reproduit exactement ce que l'on a décrit sur le nom d'anorexie hystérique. Je pourrais presque en dire : C'est l'anorexie hystérique se développant sous l'influence de la syphilis.

C'est ainsi qu'on voit parfois certaines femmes (celles notamment chez lesquelles la diathèse se traduit par une asthénie singulière de tous les systèmes) perdre l'appétit d'une façon en quelque sorte radicale. Elles en arrivent, pour un temps, à ne plus sentir l'aiguillon de la faim. Elles ne peuvent plus rien manger ; à les en croire, elles vivraient de rien. L'appétit n'est pas seulement anéanti chez ces malades, il a fait place à une véritable *répugnance pour les aliments*. Vainement celles qui sont dans l'aisance essaient-elles de divers artifices culinaires propres à réveiller le sentiment de la faim ; tout les dégoûte. La nourriture « leur fait horreur », disent-elles, et les heures des repas leur « deviennent un supplice ».

Je me rappelle, entre autres observations de ce genre, le cas d'une jeune malade à laquelle je donnais mes soins ces dernières années et qui, pendant quelques semaines, m'inspira de réelles alarmes. C'était, il faut le dire, une de ces femmes de boudoir qui ne vivent que pour la toilette et le bal, qui ne se lèvent jamais avant l'après-midi ou presque le soir, et pour lesquelles la marche et le soleil sont choses à peu près inconnues. Affectée d'une syphilis assez grave et prodigieusement féconde en accidents nerveux, elle perdit le peu d'appétit qu'elle avait d'habitude, et le perdit si bien que, pendant plus de six semaines, elle ne put tolérer un atome de pain ou de viande. Elle se nourrissait d'un biscuit par jour, d'un fruit, de bonbons, de quelques

friandises. Cela lui suffisait, bien qu'elle fût apyrétique, bien qu'elle conservât la langue nette et exempte de saburres. Aussi maigrissait-elle à vue d'œil. Quoique désolée d'un tel étiolement, elle se refusait obstinément à manger ; toutes mes instances, toutes ses résolutions même se brisaient devant un dégoût insurmontable pour les aliments : « C'est plus fort que moi, disait-elle, il m'est impossible d'avaler du pain ou de la viande ; cela me répugne trop. » Et, non sans anxiété, je me demandais ce qui allait advenir d'un tel état de choses, lorsqu'un beau jour la détente se fit, les aliments furent supportés, et peu à peu les fonctions digestives se rétablirent.

N'est-ce pas là vraiment une page de pathologie nerveuse? Et cette anorexie secondaire n'est-elle pas le pendant de l'anorexie hystérique, si même elle n'est pas de l'anorexie hystérique ? D'où le qualificatif d'hystériforme que j'ai proposé pour elle.

Soit dit au passage, ces dérangements et, *à fortiori*, cette dépression, cette abolition de l'appétit ne laissent pas, en pratique, de créer au médecin de sérieux embarras. Quel traitement prescrire à des malades qui ne mangent plus ? Ne tolérant pas les aliments, leur estomac tolère encore moins les remèdes. De sorte qu'ils vont s'anémiant, se débilitant, s'étiolant de jour en jour, et la diathèse non réprimée a beau jeu, en de telles conditions, pour aboutir à des formes sérieuses ou même graves. Que faire, cependant? Ceci, à mon sens :

1° Renoncer résolument à toute médication interne, à l'exception peut-être de quelques préparations amères, de la kola, et surtout du café, qui, donné à petites doses (un verre à liqueur ou un demi-verre à bordeaux après les repas), joue le rôle utile de stimulant digestif.

2° Comme médication spécifique, s'en tenir aux frictions, aux injections, aux lavements iodurés.

3° Et surtout, par-dessus tout, s'attacher à relever les fonctions digestives par leurs excitants naturels, à savoir : le grand air, et, si possible, l'air de la campagne, l'air des bois ; — la marche ; — le massage, les frictions cutanées ; — les stimulants extérieurs, douches tièdes, d'abord, puis refroidies, et froides après un certain temps, etc. (1). A coup sûr, le changement de vie, d'habitudes, de milieu, et l'intervention d'une hygiène réconfortante sont les moyens thérapeutiques sur lesquels il y a le plus à compter pour sortir l'économie de sa torpeur, relever les fonctions digestives et venir à bout de cette sorte de « neurasthénie de l'estomac ».

A preuve, comme exemple, le cas suivant.

Vers le septième mois d'une syphilis tout au plus moyenne en tant que manifestations spécifiques, mais féconde en accidents nerveux, une jeune femme du *high life* parisien (c'est tout dire comme hygiène)

(1) Peut-être y aurait-il encore quelque bénéfice à obtenir soit des glycérophosphates, soit des injections de sérum. L'expérience n'est pas faite sur ce point.

se prit à perdre l'appétit, et cela d'une façon complète, absolue, au point d'en arriver à passer des journées sans ingérer autre chose que quelques insignifiantes friandises. Elle tomba bientôt, tout naturellement, dans un état de langueur et d'asthénie générale ; elle eut même, à plusieurs reprises, de réelles défaillances. Inutile d'ajouter qu'elle ne supportait plus aucun remède, qu'elle avait pâli et maigri d'une façon considérable, bref qu'elle s'était étiolée au point de ne plus être que « l'ombre d'elle-même » ; si bien que, dans son entourage, on disait déjà qu'elle « s'en allait de la poitrine ». Vainement, jusqu'alors, je m'étais prodigué en conseils, en avertissements au point de vue de son hygiène, qui était déplorable comme oisiveté, comme absence d'exercice, d'air et de lumière, lorsqu'un beau jour, contre toute attente, la malade prit la résolution subite de modifier enfin son genre de vie. Elle se leva de bon matin, se fit conduire chaque jour au bois de Boulogne, où elle s'entraîna à la marche, se soumit à l'hydrothérapie d'abord tiède, puis froide, consacra tous ses après-midi à de longues promenades en voiture, etc. — Ce fut alors un changement à vue. Quinze jours après, elle mangeait « presque à son ordinaire », et, deux mois plus tard, elle était rétablie.

3° **Exagération morbide de l'appétit, boulimie secondaire.** — En d'autres cas, la névrose stomacale revêt une forme précisément inverse, pour se traduire par une excitation pathologique de l'appétit, excitation susceptible de degrés variés et pouvant s'élever jusqu'à la véritable boulimie.

Un trouble de ce genre, je m'empresse de le dire, est des mieux faits pour éveiller la défiance, en raison même de son caractère insolite, de sa bizarrerie. Je pressens d'autant mieux les incrédulités auxquelles il se heurtera que, tout le premier, j'ai été longtemps, sinon à le méconnaître, du moins à en suspecter la connexion pathogénique avec la syphilis. Mais j'ai dû me rendre à l'évidence et, après avoir recueilli, analysé, discuté un grand nombre d'observations relatives à ce curieux symptôme, je me crois autorisé à le présenter comme une manifestation réelle et bien authentique de ce qu'on appelle le nervosisme secondaire.

Étiologie. — Déterminons d'abord les conditions dans lesquelles il s'observe.

1° C'est un phénomène qui se produit exclusivement dans la période *secondaire* de l'infection, à des termes assez variés, le plus souvent dans les premiers mois, quelquefois aussi au début même de cette période et coïncidemment avec la première poussée des accidents généraux.

2° C'est un symptôme infiniment plus commun *chez la femme* que chez l'homme.

Sans être fréquent chez la femme, il n'est pas rare cependant, puisque, dans l'espace de six années, je l'ai rencontré sur une soixan-

taine de mes malades de Lourcine. — Il est, au contraire, exceptionnel dans le sexe masculin. Différence toute naturelle, car ce phénomène est de l'ordre des manifestations *nerveuses* de la syphilis, lesquelles, très communes dans le sexe féminin, ne s'observent jamais dans le nôtre que d'une façon rare, comme aussi avec une intensité clinique amoindrie.

3° C'est un accident qui ne se produit guère que dans certaines formes de syphilis remarquables par le caractère *nerveux* de leurs manifestations. Dans tous les cas où je l'ai observé, je l'ai vu coïncider avec d'autres symptômes attestant tout particulièrement un trouble plus ou moins accentué du système nerveux.

Symptômes. — Cela dit, venons au fait clinique.

Ce fait en lui-même est des plus simples. Il consiste en ceci: une exagération morbide de l'appétit, s'élevant souvent aux proportions d'une boulimie véritable, associée quelquefois à une augmentation notable de la soif, et susceptible de déterminer à sa suite divers troubles gastriques ou intestinaux.

Cette exagération de l'appétit se manifeste en général ou paraît se manifester d'une façon assez brusque, tout au moins assez rapide. D'un jour à l'autre la malade s'aperçoit qu'elle mange davantage, qu'elle « a plus faim que de coutume », que sa ration habituelle ne lui suffit plus, qu'un appétit insolite et bizarre la sollicite à prendre des aliments entre ses repas et même la nuit. Puis cette faim singulière devient chez elle un phénomène habituel et continu, du moins pour un certain laps de temps.

Il y a des degrés dans cette exagération de l'appétit. Parfois elle reste assez modérée pour échapper à l'attention, du moins en tant que symptôme pathologique. La malade ne la remarque alors que pour s'en féliciter, la considérant comme un témoignage de favorable augure, interprétation que, le plus souvent d'ailleurs, le médecin ne songe pas à contredire. — Mais, d'autres fois, cet appétit insolite devient inquiétant pour les malades elles-mêmes par le seul fait de son intensité singulière. Instinctivement, les femmes devenues ainsi faméliques sentent qu'elles mangent « au delà de leur nécessaire », comme elles le disent. Ce grand appétit ne leur semble pas « naturel » ; elles en prennent souci et s'en plaignent au médecin. On apprend d'elles, alors, en descendant aux détails, qu'elles sont affamées d'une façon extraordinaire; qu'au lieu de manger quatre à cinq rations d'hôpital (ce qui constitue une dose d'aliments amplement suffisante à un adulte en bonne santé), elles en absorbent six, sept, huit, neuf, dix, et quelquefois même davantage; qu'elles s'emparent avidement des restes de leurs compagnes ou de ce qui leur tombe sous la main; qu'elles se procurent d'une façon ou d'une autre des suppléments de nourriture (gâteaux, biscuits, friandises, fruits, etc.); qu'elles mangent non seulement aux heures des repas, mais entre les

repas et la nuit ; qu'après avoir déjeuné ou dîné, elles ont encore faim et se remettraient volontiers à table; bref, qu'elles sont tourmentées d'un bout à l'autre de la journée par un appétit irrésistible.

Quelquefois même, mais beaucoup plus rarement, cette boulimie s'exagère encore et devient excessive, au point de pouvoir être comparée à celle du diabète. Une de nos malades nous racontait qu'un jour, après avoir déjeuné très copieusement, elle avait profité des restes de ses compagnes pour faire, séance tenante, un second déjeuner pour le moins équivalent au premier. — Une autre mangeait quotidiennement douze portions de pain (1200 grammes), non compris sa ration de soupe, de viande et de légumes, non compris les suppléments nombreux qu'elle se procurait sur ses propres ressources. Encore restait-elle toujours sur sa faim, malgré cette absorption considérable d'aliments, car, d'après son dire, « elle eût mangé bien davantage si elle n'eût écouté que son appétit ».

Une semblable exagération de la faim est, le plus souvent, accompagnée d'une excitation plus ou moins vive de la *soif*. La plupart de ces malades faméliques boivent bien plus qu'à leur ordinaire (2 à 3 litres de liquide par jour et quelquefois davantage). Toutefois, il n'est pas de parité entre ces deux symptômes morbides. Le premier domine toujours le second, comme importance et comme pathogénie; c'est-à-dire que la boulimie est le fait principal, le trouble primitif, et que la polydipsie, relativement moindre, semble n'être qu'un phénomène consécutif, subordonné, à savoir une conséquence de l'absorption exagérée d'aliments solides, spécialement d'aliments amylacés (1).

On serait tenté de croire *à priori* que l'ingestion d'une quantité excessive d'aliments ne peut manquer d'entraîner à sa suite des désordres gastriques ou intestinaux plus ou moins sérieux. Cette prévision rationnelle n'est pas toujours confirmée par l'expérience. Plusieurs de nos malades, affectées d'une boulimie véritable et mangeant avec un appétit extraordinaire, n'ont éprouvé, contre notre attente, aucun trouble important des voies digestives. Toutefois, le fait de beaucoup le plus habituel est que cette boulimie, surtout lorsqu'elle se prolonge, détermine divers symptômes morbides vers l'estomac ou l'intestin.

(1) Je dois reconnaître toutefois que, dans quelques-unes de mes observations, cette exagération de la soif a existé *seule*, indépendamment de toute surexcitation de l'appétit, et que, dans quelques autres, après avoir coexisté avec la boulimie, elle a persisté *seule*, alors que cette dernière était calmée. Cela prouve que la polydipsie n'est pas toujours subordonnée à la boulimie et qu'elle peut se montrer à l'état de symptôme isolé, indépendant. Mais il est très rare qu'on l'observe sous cette forme; la règle, c'est qu'elle ne se produise, comme je l'ai dit, qu'au titre d'épiphénomène d'un trouble primitif plus important et plus accentué, la boulimie.

Incidemment, je dois noter que je n'ai jamais constaté la présence de *glycose* dans les urines des malades affectés de boulimie ou de polydipsie secondaire.

Ces désordres *consécutifs* consistent en ceci : 1° pour l'estomac, phénomènes douloureux, variés comme expression : malaise gastrique, pesanteur après les repas, crampes, tiraillements, tortillements, véritables coliques stomacales; ou bien troubles dyspeptiques, aigreurs, éructations, lenteur et difficulté des digestions; nausées, vomituritions et vomissements; — 2° pour l'intestin, borborygmes, coliques fréquentes, sourdes; tension et ballonnement du ventre; entéralgie, et surtout diarrhée.

De ces désordres secondaires, les plus communs sont les troubles dyspeptiques, les vomissements et la diarrhée.

La *diarrhée* notamment s'ajoute à la boulimie comme une complication assez fréquente. Rien d'étonnant à cela, car l'absorption d'une quantité surabondante d'aliments doit être une cause continue d'indigestion intestinale, et l'on sait, d'ailleurs, que la boulimie, quelle qu'en soit l'origine, devient souvent l'occasion de troubles diarrhéiques plus ou moins intenses.

Cette diarrhée, dans plusieurs de nos observations, s'est montrée singulièrement opiniâtre, entretenue qu'elle était par la cause qui l'avait provoquée. Presque toujours elle résistait à nos remèdes, ou ne s'apaisait un jour que pour reparaître le lendemain. Puis, lorsque l'appétit devenait moindre, lorsque les malades ingéraient une dose moins considérable d'aliments, alors elle se calmait tout aussitôt. Il est donc à croire qu'on en aurait facilement raison si l'on pouvait, d'une façon ou d'une autre, restreindre l'alimentation à de justes limites. C'est là ce que j'ai souvent essayé de faire, mais sans succès. L'appétit morbide est tellement impérieux en pareil cas que les malades ne peuvent résister à ses sollicitations incessantes.

Ce flux diarrhéique s'accompagne le plus souvent de coliques, de ballonnement et de malaise abdominal. Il fatigue alors beaucoup les malades, surtout quand il est tant soit peu abondant. Je ne l'ai vu qu'une seule fois se compliquer d'une légère entérorrhagie.

Sur une jeune femme, que nous avions dans nos salles l'année dernière, cette diarrhée symptomatique a persisté, coïncidemment avec une boulimie violente, pendant *plus de sept mois*. Entretenue par une cause que nous étions impuissants à dominer, elle a résisté opiniâtrément à tous les remèdes, notamment à l'extrait thébaïque porté jusqu'à la dose quotidienne de 40 centigrammes. Elle ne s'est calmée qu'au moment où l'excitation morbide de l'appétit commença à s'apaiser.

Enfin, au point de vue de la nutrition, de l'état des forces et de la santé générale, l'ingestion d'une quantité excessive d'aliments, bien supérieure à celle qui doit suffire aux besoins de l'organisme, est loin d'être avantageuse aux malades. Tout au plus reste-t-elle indifférente en quelques cas; le plus souvent elle est nuisible. Si quelques-unes des femmes de notre service, devenues faméliques pour un temps plus

ou moins long, ont conservé presque intégralement leur embonpoint et leurs forces, beaucoup d'autres, et en bien plus grand nombre, dans les mêmes conditions ont maigri, pâli, et se sont affaiblies considérablement. C'est là, du reste, ce qu'on observe d'habitude dans les boulimies de tout genre, qui finissent toujours, au bout d'un certain temps, par devenir singulièrement préjudiciables à l'économie. Règle générale, l'excès d'aliments « ne profite pas » aux faméliques; souvent, d'ailleurs, il est plus que largement compensé par les troubles gastriques ou intestinaux qu'il ne manque guère de provoquer. C'est là, en l'espèce, ce que nous avons remarqué fréquemment. Ainsi, l'une de nos malades qui, pendant quatre mois, mangea d'une façon étonnante, qui « dévorait », suivant sa propre expression, qui même était réveillée la nuit par le besoin de la faim, subit sous nos yeux un amaigrissement très notable et tomba dans un état de débilitation qui ne laissa pas de nous inspirer quelques alarmes.

Un dernier détail — celui-ci des plus curieux — me reste à signaler. S'il est, en pathologie, deux symptômes discordants, c'est, à coup sûr, la fièvre et l'exagération de l'appétit. On croirait impossible de voir s'associer jamais une faim dévorante et un état fébrile plus ou moins accusé. Eh bien, cette combinaison bizarre, extraordinaire, la vérole la réalise quelquefois. Il est des cas où **la boulimie syphilitique coexiste avec la fièvre syphilitique** de forme intermittente ou continue. J'ai vu, chose étrange, des malades alitées par une fièvre élevant le pouls à 110, 115, 120, en même temps que la température axillaire à 39°,-39°,5,-39°,8, — j'ai vu, dis-je, ces malades être parfois tourmentées par les angoisses d'une faim vorace et absorber une quantité d'aliments double, triple ou quadruple de celle qui leur suffisait à l'état de santé! Ce fait insolite, qui renverse les données de l'observation commune, n'a pas été sans me surprendre. Je l'ai donc étudié avec soin, avec rigueur, et, après mûr examen, je puis le donner comme absolument vrai, comme positif, quelque interprétation d'ailleurs qu'on veuille lui attribuer. Il n'est même pas très rare, car j'ai eu l'occasion de le rencontrer à des degrés divers sur un certain nombre de nos malades.

Ce qui ajoute encore à la singularité d'une telle association de phénomènes discordants, c'est que la boulimie coexiste parfois non pas seulement avec la fièvre, mais, de plus, avec un ensemble d'accidents qui impliquent en général et semblent commander, pour ainsi dire, une dépression notable de l'appétit. J'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs malades qui, boulimiques et fébricitantes à la fois, conservèrent une faim dévorante en dépit d'un état de malaise très accentué, d'une asthénie profonde et comparable à l'accablement des fièvres graves, de douleurs aussi variées que pénibles,

d'une insomnie presque continue, de sueurs profuses, d'algidités périphériques, de désordres nerveux multiples, de troubles intenses des grandes fonctions, d'un pouls défaillant et misérable, etc.! — L'intégrité et, à plus forte raison, l'exagération de l'appétit ne font-elles pas un contraste étrange avec un tel ensemble de phénomènes?

Contraste étrange, ai-je dit; oui certes, mais contraste plus apparent que réel. Car, en somme, cette exagération de l'appétit n'est elle-même qu'un phénomène morbide. Loin d'être le témoignage d'une santé en parfait équilibre et de fonctions s'exerçant avec une énergie de bon augure, elle n'est, au contraire, qu'un indice de maladie, qu'un symptôme essentiellement pathologique. Rien d'étonnant donc à ce qu'elle coexiste avec d'autres symptômes également pathologiques, dont elle ne diffère que par l'apparence spécieuse d'un attribut de la santé.

Durée. — La durée de cette boulimie secondaire est très variable. Quelquefois simplement passagère, elle ne dépasse pas dix à douze jours. — D'autres fois, et c'est là le cas le plus habituel, les phénomènes boulimiques, alors surtout qu'ils sont bien accentués, persistent plusieurs semaines. Il n'est même pas rare qu'ils se prolongent, avec des exacerbations et des rémissions alternantes, deux, trois ou quatre mois. — Ils peuvent être plus opiniâtres encore; ainsi, je les ai vus durer au moins sept mois chez l'une de nos malades, et cela avec une intensité extraordinaire. — Enfin, ils sont parfois sujets à *récidives*. Tel est, comme exemple, le cas d'une autre malade dont voici la curieuse histoire.

Cette femme entra ici en juin, une première fois, pour des chancres syphilitiques vulvaires. — Vers la fin de juin, l'explosion des accidents généraux s'annonça d'abord par des maux de tête violents, des douleurs multiples dans les membres, des accès fébriles intermittents, des phénomènes analgésiques, puis par une syphilide de forme papuleuse. A ce moment et pour un laps de trois à quatre semaines, cette femme « *dévora* », sans exagération, ne mangeant pas moins de *dix rations d'hôpital*, non compris les suppléments qu'elle pouvait se procurer. Au sortir de table, après avoir copieusement déjeuné ou dîné, elle se remettait à manger avec une voracité surprenante. — Tous ces phénomènes s'apaisèrent bientôt sous l'influence du traitement spécifique, et la malade quitta l'hôpital en bon état.

Mais voici qu'en novembre se produisit une poussée nouvelle de syphilis, s'accusant par des syphilides buccales, par des syphilides vulvaires, par des accès fébriles, des douleurs multiples dans la tête, le thorax, les membres, etc. Tout aussitôt la faim s'exagéra derechef; tout aussitôt la boulimie reparut de plus belle, pour durer ce que durèrent les accidents de cette seconde poussée et se dissiper avec eux.

Soit dit au passage, cette double apparition de la boulimie coïncidemment avec des poussées successives de syphilis n'est-elle pas bien faite pour

nous édifier sur la pathogénie du phénomène et nous montrer l'origine dont il dérive ?

Pronostic. — La boulimie syphilitique n'est pas une manifestation grave, parce que le plus habituellement elle se dissipe avant d'avoir eu le temps de devenir grave. Ce n'est pas, cependant, une manifestation indifférente, car elle entraîne souvent à sa suite des désordres gastriques et intestinaux qui sont de nature à retentir sur la nutrition et sur la santé générale. D'autre part, elle ne se produit guère que dans les syphilis de forme nerveuse, lesquelles comportent toujours une série d'accidents plus ou moins sérieux et, sinon graves, du moins pénibles et rebelles pour la plupart. Des manifestations de cet ordre c'est même une des plus importantes, en raison du système qu'elle affecte et des fonctions qu'elle compromet.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, je ne crois pas que les troubles de l'appétit dont nous venons de parler donnent lieu à des indications spéciales. Symptôme d'une diathèse, la boulimie syphilitique réclame le traitement de cette diathèse, et c'est tout. Seulement, expression habituelle de syphilis à déterminations nerveuses multiples et généralement assez rebelles, elle me paraît légitimer l'intervention d'un traitement *plus énergique* que celui dont on a coutume de faire usage dans la plupart des cas. Il en est d'elle, à cet égard, comme d'un certain nombre de symptômes nerveux secondaires qui sont bien plus difficilement influencés par la médication spécifique que les autres accidents de la diathèse, notamment que les éruptions cutanées ou muqueuses. C'est là un fait qui ressort de l'expérience et dont il importe, en pratique, d'être prévenu. Si l'on n'oppose aux manifestations de ce genre que le traitement usuel, aux doses courantes, on n'obtient aucun résultat. Mais si, dépassant les doses habituelles, on proportionne l'action du remède à la résistance connue de cet ordre d'accidents, on ne tarde guère, en général, à constater les heureux effets de la médication.

Y a-t-il indication, en l'espèce, à associer au traitement spécifique quelques-uns des nombreux agents qui composent la thérapeutique banale des névroses? Je ne le crois guère. Très fréquemment, dans le but de combattre plus efficacement ces troubles de l'appétit, j'ai tenté de combiner à l'emploi des mercuriaux et des iodiques soit l'administration de l'opium, du bromure et d'autres antispasmodiques, soit encore l'hydrothérapie, les douches sulfureuses, les bains sulfureux, etc. Mais telle est, même indépendamment de l'intervention de l'art, la variabilité des phénomènes que nous venons d'étudier, telle est surtout l'inconstance de leur marche et de leur durée, que je n'oserais encore rien affirmer de positif sur la valeur réelle de cette médication mixte et en particulier des derniers agents que je viens de citer. Je ne ferai de réserve que pour l'hydrothérapie

qui, en pareil cas, m'a toujours paru seconder d'une façon efficace les effets du traitement spécifique.

Quant aux accidents qui compliquent parfois la boulimie secondaire et qui sont produits par elle (troubles gastriques ou intestinaux), je crois véritablement illusoire de s'attacher à les combattre par un traitement spécial. Il est impossible de s'en rendre maître tant que persiste la cause qui leur a donné naissance et qui les entretient. Tout ce qu'on peut faire contre eux, c'est d'en modérer l'intensité en leur opposant une médication purement palliative (1).

SYPHILIS SECONDAIRE DU FOIE.

La syphilis n'affecte que très rarement le foie à la période secondaire.

Elle l'affecte, pour l'énorme majorité des cas, d'une façon absolument bénigne, connue sous le nom d'*ictère secondaire*; — et, très exceptionnellement, sous une forme grave, voire mortelle.

I. — **Ictère secondaire**. — Signalé par Ricord et bien étudié par Gubler, l'ictère syphilitique secondaire a eu la bonne fortune d'être accepté sans grande opposition. C'est cependant un phénomène peu commun et auquel ne se rattache aucune particularité distinctive. Deux considérations seulement, en effet, témoignent du caractère spécifique de cet ictère : d'une part, sa connexion chronologique avec la période secondaire, et, d'autre part, l'absence de causes autres que la vérole auxquelles il puisse être rapporté.

L'ictère secondaire s'observe dans les deux sexes. Peut-être est-il un peu plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Il se produit généralement à une époque peu avancée de la période secondaire, dans les deux, trois, cinq premiers mois, parfois même dès la première invasion des phénomènes généraux. En quelques cas, cependant, il est plus tardif. — Le plus habituellement il s'observe en coïncidence avec des poussées éruptives sur la peau ou les muqueuses; cela néanmoins n'a rien d'absolu.

Au point de vue clinique, il n'offre aucun caractère spécial. C'est un ictère analogue, identique même à l'ictère le moins spécifique, à la jaunisse la plus vulgaire. Il ne comporte en effet d'autres phénomènes que les suivants :

Coloration jaune de la peau, plus ou moins intense, moyenne en

(1) J'ai longuement insisté autrefois, alors qu'il en était besoin, sur les raisons diverses qui démontrent la relation de ces singuliers troubles de l'appétit avec la syphilis. Ces raisons, il serait superflu, je pense, de les reproduire aujourd'hui, alors que l'origine spécifique du symptôme en question n'est plus discutée. En tout cas, le lecteur, s'il en était curieux, les retrouverait dans le mémoire spécial que j'ai consacré à ce sujet (*Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique*, in *Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*. Paris, 1871).

général, quelquefois assez légère et même plutôt jaunâtre que jaune, de couleur paille; — coloration ictérique des urines, lesquelles présentent les caractères physiques et chimiques des urines bilieuses; — selles variables, rares le plus souvent, quelquefois décolorées; — apyrexie habituelle; en certains cas, toutefois, léger mouvement fébrile, surtout au début; — état de malaise plus ou moins accentué, lassitude, courbature, céphalalgie; — troubles gastriques: appétit diminué, langue un peu jaunâtre; bouche amère; nausées et parfois même vomituritions; — foie normal et indolent dans la plupart des cas, quelquefois cependant légèrement augmenté de volume et sensible à la pression.

Du reste, variétés nombreuses dans l'intensité de ces divers symptômes. Ainsi, j'ai vu l'ictère secondaire s'atténuer comme phénomènes au point de ne plus consister qu'en une coloration jaunâtre de la peau et des urines *sans autres accidents morbides*, sans troubles réels de la santé générale. — Ailleurs, au contraire, mais cela est tout à fait exceptionnel, il s'accompagne d'un état fébrile plus ou moins intense, de désordres gastriques très accentués, d'une prostration véritable des forces, voire de phénomènes presque adynamiques.

Comme évolution et comme durée, cet ictère — quoi qu'on en ait dit — n'offre rien de spécial. Le plus habituellement il se dissipe en douze à quinze jours. Sur quelques malades, il persiste trois ou quatre septénaires. Ce n'est qu'en de rares exceptions qu'il excède ce dernier terme.

Au total, c'est un accident sans gravité. Toujours il se termine heureusement. Les troubles digestifs s'apaisent les premiers; la coloration ictérique survit quelque temps, puis s'efface, et tout est dit.

Pathogénie. — Quelle est la raison de cet ictère? Les interprétations sont toujours ce qui manque le moins. Pour les uns, cet ictère serait l'effet d'une « intoxication retentissant sur le foie » ou « des toxines encore inconnues de la syphilis ». Pour d'autres, il serait le résultat d'une congestion hépatique, laquelle reconnaîtrait elle-même pour point de départ de prétendues « poussées éruptives se produisant sur l'estomac et le duodénum, coïncidemment aux éruptions cutanées ». (On a même parlé d'une roséole des conduits biliaires!) Pour d'autres encore cet ictère dériverait d'une cause toute physique, à savoir la compression des conduits biliaires par des ganglions spécifiquement hypertrophiés. D'autres, enfin, l'ont attribué à un pur effet moral, « à la terreur que certaines gens ont de la vérole », etc. Inutile de discuter ces diverses opinions. Hypothèse pour hypothèse, je préfère croire, pour ma part, que le foie est influencé par la syphilis au même titre que tout autre organe de l'économie, et que l'action exercée sur lui par la diathèse se traduit par un trouble de la sécré-

tion biliaire. Aller plus avant n'est que s'égarer dans le champ de l'inconnu.

II. — **Formes graves de l'ictère secondaire**. — Exposons d'abord les faits cliniques avant de les interpréter et surtout de les dénommer.

Il arrive parfois ceci : qu'un sujet affecté de syphilis depuis quelques mois (deux à six mois en moyenne) vienne à être affecté d'un *ictère*, lequel, en l'absence de toute cause appréciable, ne peut rationnellement être imputé qu'à l'infection actuelle ; — que cet ictère offre d'abord la forme bénigne de l'ictère syphilitique secondaire que je viens de décrire, ou bien se présente d'emblée avec quelques phénomènes plus intenses, mais dépourvus de réelle gravité ; — puis qu'assez brusquement la scène change par invasion de symptômes décidément sérieux, voire menaçants, voire des plus menaçants, tels que prostration des forces, véritable *adynamie*, *hémorrhagies* diverses (épistaxis, taches purpuriques, mélæna, etc.), *troubles nerveux d'excitation* (agitation, subdelirium, insomnie, mouvements convulsifs, etc.), et bientôt après *troubles nerveux de dépression* (torpeur, somnolence, stupeur, état subcomateux) ; — et, finalement, qu'à bref délai cet ensemble ataxo-adynamique, rappelant celui des fièvres graves, se termine par un *coma mortel* ; — tout cela à la grande stupéfaction du médecin, s'il n'a pas notion de la possibilité d'un tel complexus comme conséquence de l'infection syphilitique secondaire.

J'appuierai d'un exemple le schéma qui précède.

X..., âgé de dix-neuf ans, serrurier, bien constitué, bien portant, sans tares héréditaires. — Syphilis contractée en juillet 1895. — Chancre induré de la verge, n'ayant duré qu'une quinzaine. — Ultérieurement, roséole légère et quelques plaques muqueuses buccales. — Traitement par pilules de protoiodure pendant trois mois et demi.

Vers le 20 octobre de la même année, apparition d'un *ictère*, sans fièvre, sans malaise général. — Le malade se présente à l'une des consultations de l'hôpital Saint-Louis, où on lui recommande de suspendre son traitement spécifique. — Purgatif.

L'ictère persistant, le malade revient à notre consultation et est admis dans nos salles le 2 novembre. — On constate alors ceci : Coloration ictérique bien accentuée des téguments. — Apyrexie. — Appétit diminué. — Constipation. — Selles décolorées. — Urines de couleur acajou. — Foie un peu augmenté de volume et débordant les fausses côtes d'un centimètre. — Du reste, aucun trouble des grandes fonctions, et, en somme, état d'un malade affecté d'une jaunisse légère. — Traitement : repos ; tisanes ; régime lacté ; solution alcaline. — Purgatifs légers ; lavements, etc.

Les jours suivants, même état. L'ictère diminue quelque peu. — Apyrexie. — Aucun autre symptôme. — En un mot, rien qui soit de nature à donner quelque alarme.

Le 11 novembre, l'ictère a subi depuis hier une incontestable recrudes-

cence. — Malade un peu abattu, sans appétit. — Pouls lent. — Température du soir à 36°,4.

Le 12, le malade présente un très léger embarras de la parole (presque douteux) et se dit oppressé. — Pouls lent, mais régulier. — Langue saburrale. — Urines peu abondantes, très faiblement albumineuses. — Foie débordant toujours quelque peu les côtes, indolent. — L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien que de normal. — Température toujours à 36°,4.

En raison de cette recrudescence de l'ictère, on prescrit une injection hypodermique de calomel à 5 centigrammes. — Iodure de potassium, 2 grammes.

Journée calme. — Dans la nuit, le malade se lève sans cause, comme égaré. — Il laisse échapper ses urines à ce moment.

Le 13, au matin, température à 37°,1. — Le malade est notablement abattu. Il accuse une grande faiblesse et se plaint surtout d'oppression. — L'embarras de la parole, qui était presque douteux hier, s'est accentué. Il est incontestable aujourd'hui. — Ictère persistant. — Langue saburrale. — Tous résultats d'auscultation et de percussion absolument négatifs. — On prescrit un vomitif.

Dans la journée, état de faiblesse tel qu'on n'a pas osé administrer le vomitif. — Vers midi, syncope, qui nécessite des injections de caféine et d'éther. — Peu après, mictions involontaires. — Puis, léger délire. — Le soir, température à 36°,6. — Lavement purgatif; iodure; caféine; glace sur la tête, sinapismes, etc.

Dans la nuit, agitation, cris. — Alternance de stades d'excitation et de stades de subcoma. — A dater de trois heures du matin, le malade ne parle plus et semble ne reconnaître personne.

Le 14, température du matin à 37°,1. — État comateux, d'où le malade néanmoins peut sortir de temps à autre, sous l'influence d'une excitation provoquée. — Ictère persistant. — Langue très sale; bouche remplie de mucosités. — De temps à autre, quelques paroles presque inintelligibles. — Cris. — Résultats toujours négatifs de l'auscultation.

Dans la journée, nystagmus. — Vomissements sanguinolents. — Urines devenues très rares. — Hémiplégie presque complète du côté droit. — Température du soir à 37°,8.

Mort dans le coma, vers trois heures du matin.

Autopsie (pratiquée par le Dr Gastou, chef de clinique). — Congestion généralisée de tous les viscères. — Mais pas de lésions vraies ailleurs que dans le foie. — Notamment, aucune lésion cérébrale.

Foie de volume normal, de coloration violacée. — Sa surface présente des taches et des traînées grisâtres circonscrivant des îlots violacés. — A la coupe, flaccidité de l'organe; la section donne l'apparence d'une rate parsemée d'infarctus anciens.

Examen histologique. — Les lobules sont nettement circonscrits par un anneau de néocanalicules d'où part une infiltration très abondante de leucocytes. — Les artères hépatiques ont leurs parois épaissies, et se présentent entourées d'un manchon de cellules leucocytaires. — Les veinules portes sont englobées dans les néocanalicules et dans l'infiltration.

Tous les vaisseaux du lobule sont distendus par des globules rouges. — Il existe une véritable inondation sanguine intra-lobulaire.

Les altérations portent surtout sur le centre du lobule, dont la veine centrale (veine sus-hépatique) est plus ou moins déformée ou oblitérée et à peine reconnaissable.

A la périphérie du lobule existent encore quelques traînées cellulaires indemnes.

La partie moyenne et le centre du lobule sont formés d'un réticulum dans les mailles duquel se rencontre une *nécrose cellulaire totale*.

En résumé, les lésions constituent un type d'*hépatite diffuse avec prédominance des lésions sur les canalicules biliaires*.

Des faits de ce genre ne sont plus actuellement ni contestables ni contestés. La littérature médicale en contient déjà plus de 25 environ et des plus authentiques (1).

L'analyse de ces faits permet de constituer de la façon suivante la symptomatologie de l'affection.

Symptômes. — Début variable, mais très généralement insidieux par sa bénignité. Ictère, et rien de plus. — Quelquefois cependant, avec l'ictère, malaise général, inappétence, troubles digestifs, courbature, etc.; fièvre assez rare.

Au delà, ictère persistant, mais tantôt restant léger ou moyen et tantôt prenant un ton d'un jaune vif. — Inappétence absolue, avec vomituritions. — État généralement pyrétique, mais très variable, le plus souvent peu accentué, d'autres fois s'élevant à 39°, même à 40°. En certains cas, inversement, hypothermie (36°). — De même, pouls tantôt accéléré (ne dépassant guère 100, toutefois) et tantôt ralenti.

Jusqu'ici rien de bien significatif. Mais voici tout un ensemble d'autres symptômes qui donnent à la maladie une note spéciale.

I. Presque dès le début et pour toute la durée de l'affection, *état adynamique* : abattement, d'abord léger; puis, prostration des forces, collapsus, et véritable adynamie rappelant celle de la grippe ou de la fièvre typhoïde.

II. *Hémorrhagies* diverses : Épistaxis (c'est la plus fréquente); hémorrhagies gingivales; vomituritions sanglantes; mélæna; taches purpuriques à la peau; plus rarement, hémoptysies, hématuries, métrorrhagies, etc.

III. *Troubles nerveux.* — Constitués par un mélange de troubles d'excitation et de dépression, les premiers ouvrant la scène, les seconds venant à la suite, mais souvent combinés, entremêlés et alternant sans rien de fixe. A savoir :

Agitation; — insomnie; — douleurs dans les membres; — soubresauts de tendons; — subdelirium intermittent; — mouvements convulsifs, etc.; — somnolence, torpeur, hébétude, stupeur presque

(1) Je renvoie le lecteur, pour la bibliographie du sujet, à un mémoire de M. le Dr Gastou (*Ictère grave syphilitique secondaire*) destiné à une publication très prochaine. — J'ai fait de nombreux emprunts à ce très intéressant mémoire pour la rédaction du chapitre actuel.

typhique ; tendance au coma, mais avec possibilité de retour à la connaissance alors qu'on excite le malade, qu'on le pince, qu'on lui parle impérativement ; — puis, coma s'accentuant de plus en plus.

IV. Enfin, et comme symptômes méritant une mention spéciale en raison de son caractère pour ainsi dire constant, *dyspnée* ; et dyspnée sans cause organique appréciable, dyspnée « relevant en toute vraisemblance d'une oxydation imparfaite ou d'une intoxication du sang ».

V. D'ailleurs, peu d'indications diagnostiques à tirer d'autres symptômes ou d'autres signes contingents et variables, tels que les suivants :

Foie tantôt normal, tantôt un peu hypertrophié, et tantôt quelque peu diminué de volume ; — le plus souvent indolore, quelquefois sensible, voire douloureux au palper.

Urines généralement diminuées, bilieuses, contenant parfois un peu d'albumine.

Constipation ou selles liquides ; — selles colorées ou décolorées, voire grisâtres, sans qu'on puisse encore se rendre compte du pourquoi de ces différences.

VI. Finalement, comme symptômes ultimes : collapsus absolu ; — relâchement des sphincters ; — troubles pupillaires ; — parésie hémiplégique (comme dans le cas précité) ; — et surtout, phénomène constant et prédominant, *coma* terminal.

Ensemble complexe, on le voit, mais ensemble dont se détachent trois grands symptômes qui impriment à la scène une physionomie très particulière, à savoir :

Ictère ;

Hémorrhagies ;

Symptômes ataxo-adynamiques.

Or, cette triade de symptômes, inutile de l'ajouter, c'est précisément celle qui constitue le complexus infectieux actuellement décrit, sous le nom d'**ictère grave**.

Terminaisons ; durée. — La terminaison a été invariablement mortelle dans tous les cas où le diagnostic d'ictère grave a pu être porté d'une façon à peu près certaine. Elle n'a été favorable que pour un très petit nombre de cas, et ceux-ci relevant, suivant toute vraisemblance, d'affections hépatiques d'un autre ordre.

Quant à l'évolution morbide, elle se divise en deux phases : une première où l'ictère constitue à peu près le seul phénomène morbide, et une seconde (phase *maligne*) où entrent en scène les symptômes hémorrhagiques et nerveux. — A dater de cette dernière, la marche de la maladie, quelque peu traînante jusqu'alors, s'accélère, se précipite, au point qu'on voit le danger s'accroître pour ainsi dire d'heure en heure. Cette phase ultime évolue donc généralement en quelques jours.

Il serait encore impossible, vu le nombre restreint d'observations

dont on dispose, d'assigner une durée moyenne à la maladie. Le plus souvent cette durée a oscillé entre deux à trois septénaires. Mais il est des cas où la terminaison a été beaucoup plus rapide, presque foudroyante, comme il en est d'autres où la mort ne s'est produite qu'après deux à trois mois.

Anatomie pathologique. — Deux ordres de cas sont révélés par l'autopsie.

I. — Dans l'un, le plus commun, les lésions sont nettement celles qui caractérisent l'ictère grave habituel, à savoir :

D'une part, *atrophie* du foie. L'organe se présente plus ou moins réduit de volume, ne pesant plus, par exemple, que 980 gr., 640 gr. (au lieu de 1450, poids normal). Non seulement il est petit, mais, de plus, il se présente ramolli, flasque, ridé de surface, avec une capsule plissée et un semis de marbrures rouges ou jaunes.

D'autre part, *nécrose cellulaire*, c'est-à-dire disparition plus ou moins complète, parfois intégrale, de l'élément noble du foie, à savoir de l'élément cellulaire. Les cellules constitutives de l'organe sont ou gravement altérées, dégénérées à l'état de « tuméfaction trouble », comme on dit en langage technique, ou bien même anéanties et remplacées par une gangue amorphe infectée d'éléments embryonnaires, de granulations graisseuses et de résidus de déchéance. — Cette destruction peut être générale, à ce point qu'en certains cas (celui de Charcot ou celui de Déjerine et Ory, par exemple) « on n'a pu trouver *une seule cellule normale* ».

II. — Dans un autre ordre de cas, les lésions rencontrées à l'autopsie ont été différentes, tout en coïncidant ou non avec des nécroses cellulaires partielles, disséminées.

On les trouve qualifiées dans les relations de nécropsie sous les noms de « cirrhose aiguë, hépatite aiguë interstitielle et parenchymateuse, cirrhose hypertrophique diffuse, etc. ».

Est-ce ce dernier ordre de lésions qui s'est montré plus accessible à l'action thérapeutique, au point de guérir quelquefois? Rationnellement, c'est à croire.

Conclusions. — De ce qui précède plusieurs conclusions dérivent tout naturellement. Ainsi :

I. — *Il n'est pas douteux que la syphilis secondaire puisse réaliser le complexus morbide qui a sa caractéristique dans la déchéance et la destruction rapide de l'élément cellulaire du foie, complexus actuellement désigné sous le nom d'ictère grave.*

Et, en effet, nous venons de voir qu'on rencontre parfois au cours de la syphilis secondaire un type pathologique qui correspond triplement au type dit ictère grave, à savoir :

1° De par ses symptômes et notamment de par sa triade caractéristique (ictère, hémorrhagies, troubles nerveux ataxo-adynamiques);

2° De par ses lésions (atrophie jaune aiguë et nécrose cellulaire);
3° De par sa résistance usuelle à toute thérapeutique.

II. — *Mais tous les syndromes hépatiques graves qui se produisent au cours de la syphilis secondaire et qui semblent dériver de l'influence exclusive de la syphilis ne sont pas invariablement imputables au type dit ictère grave, bien que présentant parfois un haut degré de gravité.*

Il en est, en effet, qui diffèrent de l'ictère grave et par leurs symptômes (absence d'hémorrhagies, prostration moindre, bénignité relative de l'ensemble morbide, évolution plus lente, etc.); — et par leurs lésions de caractère prolifératif; — et par le fait qu'elles se montrent moins fatalement réfractaires à l'action du traitement spécifique.

Mais quelles sont au juste ces dernières lésions? Il serait impossible d'en spécifier la qualité anatomique et histologique quant à présent, faute d'un nombre suffisant d'observations. La question actuelle ne fait que se poser depuis peu, et sa solution n'est pas de celles qui se puissent improviser.

A l'ictère grave secondaire se rattachent encore divers autres problèmes pathogéniques et nosologiques. Ainsi :

I. — Comment considérer cet ictère grave de nos malades? Est-ce là un ictère grave syphilitique, dont la gravité relève — et relève exclusivement — de la syphilis? — Ou bien, comme on l'a prétendu, est-ce un ictère d'origine vulgaire, non spécifique, *aggravé* par la syphilis, c'est-à-dire rendu grave par une réaction préalable de la syphilis sur les cellules hépatiques? — Ou bien, inversement, serait-ce un ictère originairement syphilitique *aggravé* par une infection microbique ultérieure (puisqu'on sait que cet ictère peut dériver de divers microbes, streptocoque, staphylocoque, colibacille, proteus vulgaire, etc.)?

Inutile de dire que de si délicates et si difficiles questions sont encore absolument insolubles dans l'état actuel de nos connaissances.

II. — Dernier point : **L'ictère grave secondaire doit-il être considéré comme une affection parasyphilitique?**

Qu'il soit syphilitique d'*origine*, cela n'est ni contestable ni contesté. Mais force est bien de reconnaître que rien ne démontre sa spécificité syphilitique comme *nature*. Il n'a rien de spécifique, en effet, ni comme symptômes, ni comme lésions; et, d'autre part, il a paru jusqu'ici décidément réfractaire à l'action du traitement antisyphilitique.

De là faut-il conclure qu'il constitue une affection parasyphilitique? Certes, il répond par excellence au programme de l'affection parasyphilitique en ce double sens : 1° qu'il consiste en un syndrome clinique et anatomique que la syphilis n'est pas seule à produire ; — et 2° qu'il n'éprouve aucune action curative du traitement spécifique.

On a donc de valables raisons pour en faire une manifestation de parasyphilis, et je serais bien tenté, quant à moi, de conclure en ce sens.

Cependant, ici encore la prudence et le bon sens doivent intervenir pour nous représenter ce qu'aurait de prématuré une telle conclusion. La question est jeune encore, et rien ne dit que l'avenir ne nous réserve à son sujet des révélations inattendues. Sachons donc attendre, car, en matière aussi délicate, « patience et longueur de temps » sont éléments indispensables de saines appréciations.

RATE. — Splénomégalie secondaire.

La rate peut être influencée par la syphilis secondaire. Et ce fait n'est pas pour nous surprendre ; car, d'une part, on sait que les états infectieux retentissent usuellement sur la rate, et, d'autre part, on connaît les connexions pathogéniques qui réunissent ce viscère au système lymphatique, lequel, ainsi que nous l'avons vu, est si fréquemment et si fortement intéressé par la syphilis au cours des jeunes étapes de la maladie.

Cette action de la syphilis secondaire sur la rate se traduit cliniquement par une *hypertrophie* de cet organe, c'est-à-dire par une exagération de volume, par ce qu'on appelle une *splénomégalie*. Mais qu'est-ce que cette splénomégalie, et en quoi consiste-t-elle anatomiquement, histologiquement? Cela, nous l'ignorons encore, en l'absence de toute nécropsie qui ait pu nous renseigner sur ce point. Ce que nous savons uniquement, c'est que la rate peut subir, du fait de la syphilis, et du fait exclusif de la syphilis (toutes autres causes se trouvant exclues), un excès de développement plus ou moins notable, voire très accentué pour quelques cas.

Signalée pour la première fois par Weill (1894), puis étudiée depuis lors par divers observateurs, notamment par Wewer, Schuchter, Bianchi, Quinquaud et Nicolle, Soukernik, etc., cette splénomégalie peut s'observer à diverses étapes de l'infection syphilitique. Mais il est acquis par expérience qu'elle est bien plus commune dans les étapes jeunes de la diathèse qu'à une époque plus reculée. Elle constitue surtout une manifestation secondaire, et même une manifestation remarquablement *précoce* de la période secondaire. C'est, en effet, dans les premiers mois de la maladie qu'on l'a le plus souvent notée et, plus spécialement encore, coïncidemment avec les premières poussées éruptives. On dit même l'avoir vue préluder à ce qu'on appelle l'explosion secondaire, c'est-à-dire apparaître en pleine période primitive, quelques semaines après le chancre, au point de « constituer cliniquement le véritable symptôme initial de la période secondaire » (Quinquaud et Nicolle) (1).

(1) Quinquaud et Nicolle, *Étude clinique sur les hypertrophies de la rate dans la syphilis acquise* (*Annales de derm. et de syph.*, 1892).

Cliniquement, c'est là par excellence un symptôme *latent*, qui n'est pas appréciable pour le malade et qui reste ignoré de lui. Ce symptôme ne devient même évident pour le médecin que si le médecin prend soin de le rechercher. Il se traduit alors, à la percussion, par une exagération de la matité propre de la rate, et quelquefois aussi (mais dans les cas intenses seulement) au palper, par la perception du bord inférieur de l'organe au-dessous des côtes.

Cette splénomégalie secondaire est variable comme degré. Elle est évaluée, comme moyenne la plus usuelle, à « quatre travers de doigt » par Quinquaud et Nicolle ; proportion « qu'elle dépasserait souvent pour s'élever à cinq travers de doigt, d'après les mêmes observateurs, mais au-dessous de laquelle elle resterait rarement ». — L'examen attentif de 37 cas de même ordre a fourni à Soukernik (1) les chiffres suivants :

Matité verticale de la rate mesurant :

En 8 cas	7 centimètres.
— 2 —	de 7 à 8 cent.
— 9 —	8 centimètres.
— 4 —	9 —
— 7 —	10 —
— 5 —	11 —
— 2 —	12 —
Total : 37 cas.	

Aucun trouble appréciable, je le répète, ne se rattache à cette exagération de volume, alors même qu'elle atteint son maximum. Tout au plus, en quelques cas (6 sur 37, d'après Soukernik), semble-t-elle avoir déterminé un certain degré de *splénodynie*, sous forme d'une sensation de gêne, de pesanteur vague, au niveau de la région splénique.

Est-ce là un symptôme qui se relie plus particulièrement à tel ou tel ordre de syphilis? On l'ignore. Théoriquement, on a dit que cette splénomégalie devait se rattacher surtout aux syphilis de forme anémique et cachexiante. Mais cela s'accorde peu avec cette autre opinion d'après laquelle elle serait un symptôme « constant » de syphilis secondaire, donc un symptôme commun à tous les cas. — Pour Quinquaud et Nicolle, elle n'aurait aucune relation avec la qualité du chancre et des accidents consécutifs; elle « évoluerait pour elle-même », en constituant une sorte de manifestation indépendante, autonome, simplement parallèle aux autres symptômes spécifiques, dont elle devancerait d'ailleurs l'apparition.

On n'est guère mieux renseigné sur sa durée, non plus que sur l'intensité d'influence thérapeutique qu'exerce sur elle le mercure ou l'iodure. On l'a dite passagère; — destinée à disparaître « en

(1) Soukernik, *La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1895.

quelques semaines, en quelques mois, en une année »; — et généralement accessible au traitement spécifique, etc. Mais on ne dispose encore, sur ces divers points, que de données vagues, parfois contradictoires, et, tout cela, en somme, reste sujet à revision.

Finalement, chose plus singulière, il n'est pas jusqu'à la fréquence même de ce symptôme qui ne soit thème à dissentiments. Pour certains observateurs, la splénomégalie ne serait qu'une manifestation éventuelle et peu fréquente de syphilis secondaire (ne se rencontrant guère que sur 10 ou 11 malades pour 100, d'après 707 cas empruntés à diverses statistiques); — pour d'autres, au contraire, elle serait « assez commune »; — et pour d'autres, enfin, tels que Quinquaud, Nicolle et Colombini, elle serait « constante ». Est-ce assez dire que de semblables dissentiments laissent la question absolument irrésolue et impliquent la nécessité d'une nouvelle enquête?

Somme toute, la splénomégalie représente, comme l'adénopathie, comme l'adultération du sang, un *stigmate d'infection*, et c'est à ce titre qu'elle constitue un phénomène digne d'intérêt. Jusqu'à nos jours, il faut bien en convenir, elle a été négligée en tant que symptôme, laissée dans l'ombre, voire considérée « comme n'occupant qu'une place insignifiante dans le tableau général de la maladie ». Mais quelle importance ne prendrait-elle pas s'il venait à être dûment démontré, comme le pensent certains de nos confrères, que cette hypertrophie splénique constitue une manifestation habituelle de syphilis, qu'elle en constitue une manifestation exordiale, voire qu'elle peut presque servir de thermomètre pour juger de l'intensité et de la permanence de l'infection, etc.?

REIN. — NÉPHRITE SECONDAIRE.

La néphrite constitue une manifestation tout à fait rare de syphilis secondaire; mais, si rare soit-elle, elle n'en mérite pas moins une attention toute particulière en raison des graves, des très graves dangers qu'elle comporte.

On l'a méconnue, voire récusée, en la taxant de « néphrite vulgaire, greffée par aventure sur un sujet syphilitique ». Mais son authenticité d'origine et de nature ressort très positivement de deux considérations que voici. C'est, d'abord, que, pour un certain nombre de cas qui ont été étudiés aussi minutieusement que possible au point de vue étiologique, la syphilis est restée, par absence de toute autre cause, la cause *unique* à laquelle cette néphrite pouvait être rationnellement imputée. C'est, en second lieu, que maintes fois le traitement spécifique a exercé sur cette néphrite une influence curative vraiment impossible à méconnaître.

Non moins injustement on l'a rapportée à l'action toxique du mer-

cure pour en faire une néphrite mercurielle. Deux raisons péremptoires témoignent encore contre cette interprétation. C'est, d'une part, la précocité commune de cette néphrite qui entre en scène le plus souvent alors que le malade n'a encore fait qu'un court usage du mercure. C'est, d'autre part, qu'on l'a vue se produire avant même toute intervention de ce remède.

Qu'elle ait pu quelquefois trouver des incitations adjuvantes dans les causes usuelles des néphrites, telles que alcoolisme, refroidissement, etc., cela n'est que très naturel. Mais, bien manifestement, ce ne sont là pour elle que des provocations d'ordre secondaire.

Est-ce pour des raisons de ce genre qu'elle affecte le sexe masculin bien plus fréquemment que le sexe opposé? Rationnellement, on peut le croire.

Enfin, on l'a rencontrée à tout âge, mais beaucoup plus communément de vingt à trente ans. — A noter qu'on l'a vue sévir plusieurs fois, et sans raisons appréciables, sur de tout jeunes sujets (dix-sept à dix-neuf ans).

Échéance d'invasion. — Ce que cette détermination présente à coup sûr de plus curieux, c'est la singulière, l'extraordinaire **précocité** possible de son développement.

Ainsi, d'une part, j'ai pu réunir, en dépit de la rareté de l'affection, plus d'une trentaine de cas bien authentiques (soit empruntés à diverses sources, soit personnels) de néphrite secondaire s'étant produite *dans la première année* de l'infection.

Et, d'autre part, ce qui est plus étonnant encore, c'est que, sur ces trente cas, il en est plus du tiers où la néphrite a fait invasion *dans les deux ou trois premiers mois*, comme cela ressort des chiffres suivants :

Invasion de néphrite secondaire s'étant manifestée :

Dans le second mois de l'infection	11 cas.
— troisième —	2 —
— quatrième —	3 —
— cinquième —	3 —
— sixième —	1 —
— huitième —	2 —
— neuvième —	2 —
— dixième —	1 —
Au cours de la première année, sans désignation plus précise	1 —
Total :	26 cas.

Ainsi donc, très positivement, **des symptômes rénaux d'ordre spécifique peuvent entrer en scène au seuil même de la période secondaire**! Cela, je le répète encore, est non seulement étonnant, mais extraordinaire.

J'insiste. Cette précocité possible des affections rénales syphilitiques

mérite d'autant plus d'être signalée qu'on y croit peu dans le public médical, je dirai même qu'*on n'y croit pas*. Plusieurs fois il m'est arrivé, dans ma pratique de ville, d'avoir à lutter contre des confrères qui, en présence de cas de cet ordre, récusaient absolument, formellement, le diagnostic de néphrite spécifique et conséquemment l'institution d'un traitement dirigé en ce sens. « Allons donc! me disaient-ils, une néphrite syphilitique deux ou trois mois après un chancre! Mais cela est contraire à l'évolution usuelle et classique de la syphilis, cela est contraire à tout ce qu'on nous a enseigné; *cela est impossible*! » Et cependant force m'est d'ajouter qu'en dépit de cette « impossibilité » théorique les heureux résultats du traitement iodo-mercuriel ont démontré non pas une fois, mais plusieurs, la spécificité de nature de ces néphrites si extraordinairement précoces.

Symptômes. — Comme qualité de symptômes constitutifs, cette néphrite secondaire ne présente rien de spécial. Elle offre le tableau des néphrites de toute provenance et de toute nature. Je ne ferai donc qu'en esquisser ici la scène, me réservant en revanche d'insister sur quelques particularités qui lui sont propres.

Début insidieux. — Comme premier symptôme remarqué, œdème circonscrit à une ou quelques régions : paupières, verge, scrotum, malléoles, voire luette, dans un cas.

Alarme à ce propos, et, tout aussitôt, examen de l'urine, qu'on trouve trouble, rosée ou rougeâtre, et chargée d'albumine. — Généralement, oligurie.

Puis, rapidement, diffusion des œdèmes; — anasarque; — quelquefois hydropisies des séreuses (hydrothorax, ascite).

Comme état général, apyrexie ou fièvre légère. — Mais décoloration de la face, avec bouffissure. — Courbature, faiblesse, asthénie. — Inappétence; pesanteur épigastrique; nausées, vomituritions; malaise général.

Puis, à terme hâtif, invasion de phénomènes urémiques, sous telle ou telle de leurs trois formes classiques, inutiles à reproduire ici. — Le plus souvent, céphalée; — troubles de la vue ou de l'ouïe; — dyspnée; — vomissements, diarrhée; — symptômes cérébraux : somnolence, subdélire, affaissement, convulsions, coma.

Rien de spécial, à coup sûr, dans tout cela. Mais ce qui donne une note plus ou moins spéciale à la scène, c'est telle ou telle des trois particularités suivantes, d'ailleurs le plus souvent associées :

1° *Grande quantité d'albumine* dans l'urine, et cela *dès les premiers temps, presque d'emblée.* — Cette quantité, pour bon nombre de cas, a oscillé entre 8, 12, 19, 23 et 26 grammes par litre. « Albumine *à flot* dans l'urine », est-il dit dans plusieurs observations. — Dans un cas que j'ai observé avec mon cher collègue et ami le professeur Brouardel, la quantité d'albumine s'éleva jusqu'à 110 grammes

par jour, alors qu'il n'y en avait pas traces trois jours auparavant! (1).

2° *Rapidité singulière d'évolution.* — C'est le cas de dire qu'en l'espèce les événements se pressent et se précipitent, par diffusion et accroissement rapide des infiltrations séreuses, quasi-généralisation des hydropisies, troubles multiples des diverses fonctions, altération de la santé, changement de la physionomie, affaiblissement, affaissement, etc. Parfois il ne s'écoule pas plus de quinze jours à trois semaines entre la constatation du premier œdème local et la constitution d'un ensemble morbide déjà plus ou moins alarmant.

3° *Échéance singulièrement précoce des accidents d'urémie.* — D'une façon non moins précipitée et non moins hâtive, les symptômes d'urémie s'ébauchent dans telle ou telle de leurs nombreuses formes, puis s'accentuent et se confirment. De sorte qu'à terme étonnamment précoce la vie peut se trouver compromise, si une énergique répression thérapeutique n'intervient pas. A ce point que, dans les cas où l'affection s'est terminée d'une façon fatale, la scène morbide a pu ne pas se prolonger au delà de quatre mois, trois mois, deux mois, voire cinqante-deux jours, comme dans un cas d'E. Wickham, se résumant en ceci :

Garçon de dix-sept ans, chétif, mais non alcoolique. — Syphilis contractée dans la première semaine de juillet. — Chancre induré. — En septembre, syphilide papulo-squameuse ; plaques muqueuses anales et alopécie. — Le 12 septembre, tuméfaction œdémateuse de la face. — Le 24, anasarque déjà très développée ; — urines rouges, sanguinolentes et chargées d'albumine. — Bientôt après, troubles gastriques, vomissements. — Assoupissement. — Anxiété respiratoire. — Ascite ; anasarque très accrue. — Phénomènes cérébraux graves, et mort le 4 novembre.

A savoir : *Mort au cent vingtième jour de la syphilis, et au cinquante-deuxième jour de l'affection rénale !*

En vérité, c'est à n'y pas croire.

Terminaisons. — Pronostic. — L'affection comporte trois modes de terminaison, à savoir : la guérison ; — la guérison avec persistance d'un certain degré d'albuminurie ; — et la mort.

I. — La guérison complète et permanente constitue le fait de beaucoup le plus habituel, du moins avec l'assistance du traitement.

Abandonnée à elle-même, la néphrite secondaire pourrait-elle guérir? On l'a dit, et je le crois, bien que n'ayant par devers moi aucun fait démonstratif de ce genre (cela pour la bonne raison que je n'ai jamais eu la coupable audace de laisser sans traitement une maladie de ce genre).

II. — La guérison avec persistance d'un certain degré d'albumi-

(1) Observ. consignée dans la thèse de M. le Dr Descoust, *De l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis.* Paris, 1878.

nurie (de quelques centigrammes à un demi-gramme ou plus) s'observe assez fréquemment.

Cette persistance, qu'on a vue se prolonger jusqu'à plusieurs années, est compatible avec un complet rétablissement de la santé. Contient-elle une menace pour l'avenir ? Nous ne sommes pas encore renseignés sur ce point.

III. — Mais, à coup sûr, le grand fait, le fait majeur, capital à enregistrer, c'est la **fréquence des terminaisons mortelles.**

Théoriquement on avait pu croire, on a cru et l'on a imprimé que la néphrite secondaire ne constitue qu'une affection bénigne, à la façon usuelle des manifestations secondaires. D'où cette déduction, qu'on peut l'abandonner à son évolution naturelle et « la laisser guérir toute seule ». Double erreur qui a coûté déjà la vie à de nombreux malades et qu'il importe de stigmatiser ici.

La vérité, au contraire, vérité certes inattendue, est que la néphrite secondaire comporte un très haut degré de gravité et *aboutit fréquemment à la mort.* Sur les trente cas que j'ai rassemblés (tous cas survenus au cours de la première année d'infection) je compte exactement dix morts. Cette proportion d'**un tiers de cas mortels** (et cela, je le répète encore, dans la première année de la syphilis) est, à coup sûr, énorme, colossale. Elle constitue un fait unique dans l'histoire de la syphilis.

On dira avec toute raison : « Mais, dans ces dix cas, le traitement a-t-il été institué comme il aurait dû l'être, c'est-à-dire d'une façon précoce, absolument rigoureuse et suffisamment énergique ? » J'accepte l'objection qui, en effet, me paraît valable pour un certain nombre de ces cas. Mais toujours est-il qu'en d'autres cas où la médication la plus intense et la plus complète a été opposée à cette néphrite secondaire par des médecins qui en connaissaient toute la gravité, la mort ne s'en est pas moins produite. Pour ma seule part, j'ai perdu de la sorte plusieurs malades, qu'à vrai dire on avait apportés à l'hôpital dans un état déjà grave ; et, pour avoir eu le bonheur d'en guérir un nombre à coup sûr bien plus considérable, je n'en ai pas moins été conduit par expérience personnelle à considérer la néphrite secondaire comme une affection *des plus graves*, des plus rebelles à la thérapeutique, et susceptible d'aboutir parfois à la mort en dépit du traitement le plus rationnel et le plus intensif. Il est même, je crois, des néphrites secondaires presque fatalement mortelles, quoi qu'on fasse.

Variétés. — A la vérité, il existe d'autres formes précisément inverses et remarquables par une absolue bénignité.

Ainsi, on voit parfois des malades présenter, au cours de la période secondaire, un certain degré d'albuminurie, tout en conservant un état général à peu près indemne.

On a même parlé de *formes latentes* de la maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions le plus usuellement constatées à l'autopsie réalisent la forme connue sous le nom de « *gros rein blanc* », consistant surtout en lésions parenchymateuses (glomérulite, avec artériolite).

Mais cette forme est-elle la seule qui puisse traduire l'infection spécifique à la période secondaire? On ne saurait le dire; car, d'une part, nous ne savons rien, nécessairement, des formes qui guérissent; et, d'autre part, nous ne disposons encore que d'un nombre trop limité de nécropsies pour restreindre à la seule néphrite parenchymateuse l'action possible de la syphilis. Déjà, d'ailleurs, on a cité en relation avec l'étape secondaire quelques cas de néphrite interstitielle subaiguë, de néphrite mixte, de néphrite partielle, comme aussi de néphrite à gommes miliaires disséminées. Relativement à cette dernière forme, par exemple, je signalerai une curieuse autopsie de Dœderlin, où l'on rencontra le tissu rénal (comme aussi le tissu hépatique) semé de « minuscules amas de cellules rondes, embryonnaires, disséminées dans les travées conjonctives ou le long des vaisseaux, et rappelant tout à fait l'aspect des *gommes miliaires* excessivement jeunes ».

Diagnostic. — La difficulté en l'espèce est non pas de reconnaître la néphrite (qui est patente de par l'albuminurie et les infiltrations séreuses), mais d'assigner à cette néphrite sa véritable origine, c'est-à-dire de la rattacher à la syphilis.

Pour éviter une erreur à ce dernier point de vue, la première et l'indispensable condition est de se bien pénétrer de cette grande et essentielle vérité, à savoir, que, contrairement à une opinion généralement accréditée, **la néphrite peut être une manifestation de syphilis secondaire, voire de syphilis secondaire toute jeune, ayant à peine dépassé ses premiers mois.**

De par cette notion (dont la méconnaissance, je le répète encore, a causé de nombreux désastres), le diagnostic devient aussitôt facile et formel, car il repose sur toute une série de signes qui sont les suivants :

1° *Antécédents de syphilis récente* ;

2° *Coïncidence très usuelle de divers accidents de forme secondaire*, tels que roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses, adénopathies, voire, en quelques cas, chancre lui-même ou vestiges de ce chancre sous forme d'induration encore appréciable ;

3° *Absence d'autres causes suffisantes à expliquer cette néphrite.*

En outre, il y aura quelques présomptions à tirer des trois particularités cliniques que je signalais précédemment comme plus spécialement propres à la néphrite secondaire, à savoir :

1° *Grande quantité d'albumine* dans les urines; « albumine à flot » en certains cas.

2° *Rapidité singulière de l'évolution morbide* : albuminurie atteci-

gnant en quelques jours un taux intense et parfois considérable ; — tous symptômes de néphrite très hâtivement constitués.

3° *Échéance notablement et presque exceptionnellement précoce des accidents urémiques.*

Sans rien offrir de pathognomonique, ces trois particularités ne laissent pas de conférer à l'ensemble morbide une note vraiment spéciale, je dirai presque une physionomie propre.

Traitement. — Le traitement comporte deux indications essentielles, à savoir : régime lacté et médication spécifique.

Le régime lacté devra être absolu, spécialement dans les formes graves et au début de l'affection. — On n'en relâchera quelque peu la rigueur qu'après une rétrocession complète des symptômes de néphrite et au cas où la nutrition semblerait souffrir d'une alimentation exclusivement lactée. Encore conviendra-t-il en pareil cas de surveiller de très près les urines, pour revenir à temps, s'il y a lieu, au régime lacté intégral.

De par expérience, la médication spécifique doit être à la fois mercurielle et iodurée.

De par expérience également, mieux vaut prescrire le mercure et l'iodure indépendamment l'un de l'autre que les réunir dans une préparation mixte, telle que le sirop de Gibert (lequel, soit dit au passage, est presque toujours intoléré).

L'iodure sera facilement administré dans le lait.

Quant au mercure, impossible encore de spécifier quel mode d'administration convient le mieux en l'espèce. Le mode stomacal est souvent exclu par l'intolérance gastrique, les vomissements, la diarrhée, etc. Restent les méthodes externes (frictions, injections quotidiennes, injections massives) ; mais laquelle des trois est préférable ? J'avoue n'être encore fixé sur ce point ni par mes lectures, ni par mon observation personnelle.

L'essentiel, en tout cas, est que, d'une façon ou d'une autre, le mercure soit administré à bonne dose, à dose proportionnée au grave danger qui menace. Les doses timides n'aboutissent, de par expérience, qu'à laisser mourir les malades.

Cela est d'autant plus essentiel à spécifier que trop souvent ici un préjugé paralyse, en partie tout au moins, la thérapeutique. Positivement en l'espèce *on a peur* du mercure, comme aussi de l'iodure, et l'on donne le moins possible de l'un ou de l'autre, quand on s'enhardit à prescrire tel ou tel. Pourquoi ? « Parce que, dit-on, l'élimination de ces deux agents par un rein déjà malade risque de conférer à l'organe une irritation nouvelle et de compliquer la situation ». Crainte chimérique, à laquelle la clinique inflige un démenti formel, et j'ajouterai préjugé néfaste, désastreux, auquel il n'est que temps de substituer la bienfaisante vérité que voici :

En l'espèce, *le salut du malade est souvent au prix d'une intervention intensive du traitement spécifique.*

Quant aux accidents urémiques proprement dits, leur traitement n'est en rien modifié par la spécificité originelle des lésions ; je n'en parlerai donc pas.

SYPHILIS SECONDAIRE DU SYSTÈME REPRODUCTEUR.

I. — Chez l'homme.

Réserve faite pour sa mystérieuse influence sur la transmission héréditaire, le système reproducteur de l'homme est généralement épargné par la syphilis secondaire.

Il ne présente guère, à cette période de la maladie, qu'une seule manifestation, — encore assez peu commune — laquelle a reçu le nom d'**épididyme secondaire**.

Signalée et bien décrite par Dron (de Lyon) en 1863, étudiée ensuite par moi, puis par un de mes élèves, le Dr Balme (1), par MM. Tédenat, Mauriac, Pascalis, Cuilleret (2), etc., cette affection se différencie à deux titres du sarcocèle syphilitique que nous aurons à décrire dans la période tertiaire, à savoir : 1° parce qu'elle intéresse exclusivement l'épididyme, tandis que le sarcocèle tertiaire porte soit exclusivement sur le testicule, soit sur le testicule et l'épididyme à la fois ; — 2° parce qu'elle constitue une manifestation *jeune*, particulièrement jeune de la maladie, tandis que le véritable sarcocèle (bien que pouvant être précoce) a généralement une échéance plus tardive, quelquefois même extrêmement tardive. Précisons mieux. L'épididyme secondaire est le plus souvent contemporain des premières manifestations de syphilis secondaire. D'après Dron, il apparaîtrait en moyenne du troisième au quatrième mois de l'infection. Il peut cependant s'observer plus tard, tout en restant toujours assez précoce.

La symptomatologie en est des plus simples et se résume en ceci : Une néoplasie épididymaire, et seulement épididymaire, surmontant le testicule resté sain, à la façon « d'un cimier de casque ».

Cette néoplasie est plus souvent monolatérale que bilatérale, et cela dans la proportion approximative de 43 cas contre 23 (Cuilleret). — Elle a pour caractère de rester le plus habituellement partielle, en se limitant à la *tête* de l'organe. Il est rare qu'elle envahisse tout l'épididyme.

Si bien que l'affection se présente cliniquement sous forme d'une tumeur, d'un « calus », comme disent les malades, coiffant le testicule

(1) Balme, *Étude sur l'épididymite syphilitique*, thèse de Paris, 1876.

(2) Cuilleret, *Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire*. Lyon, 1890. — On trouvera particulièrement dans cet excellent travail un historique très complet de la question.

à sa partie supéro-postérieure. — Cette tumeur n'offre qu'un faible volume, comparable en général à celui d'une olive ou d'une noisette, parfois même ne dépassant pas les proportions d'un gros pois. — Elle est soit arrondie, en forme de bille, soit plus fréquemment ovalaire, en forme d'olive. — Toujours elle est ferme, dure, et souvent même très dure. — Elle est lisse de surface, unie, sans nodosités saillantes, sans bosselures. — Enfin, et surtout, elle est remarquablement indolente, et cela soit spontanément, soit au palper et même à la pression. D'où il suit que, ne déterminant d'ailleurs aucun trouble fonctionnel, elle n'avertit en rien le malade de sa présence. Aussi bien reste-t-elle *souvent ignorée*. En nombre de cas, c'est le médecin qui la découvre et la signale au malade, plus souvent que ce n'est le malade qui vient s'en plaindre au médecin.

Variétés. — Il est possible que le testicule soit affecté en même temps que l'épididyme (13 fois sur 100 environ); mais il ne l'est jamais que d'une façon à la fois partielle, légère et aphlegmasique. — Plus rarement encore la vaginale peut présenter une certaine exsudation.

La forme froide et indolente, que je viens de décrire, est le type habituel de l'affection. — Toutefois, en de très rares circonstances, l'épididyme secondaire revêt telle ou telle des deux formes suivantes :

1° Forme *subaiguë*, caractérisée par quelques douleurs sourdes au début, une certaine tuméfaction des bourses et une douleur véritable déterminée par le palper.

2° Forme *aiguë* (celle-ci tout à fait exceptionnelle), rappelant le début d'une épididymite blennorrhagique : douleurs spontanées, assez vives; — douleurs plus vives encore à la pression; — tuméfaction et rougeur des bourses; — épididyme infiltré dans toute son étendue. « Cet état reste stationnaire huit à dix jours; puis les symptômes aigus s'amendent, et l'affection, d'aiguë qu'elle était d'abord, puis subaiguë, ne tarde pas à revenir à la forme ordinaire. » (Cuilleret.)

Évolution, terminaison. — Manifestation à tendance spontanément régressive ; — résolutive *ad integrum* ; — n'aboutissant jamais ni à suppuration, ni à dégénérescence gommeuse, ni à ulcération.

Que durerait-elle, abandonnée à elle-même? Nous manquons d'observations pour le dire. En tout cas, soumise au traitement spécifique, elle guérit facilement, se résorbe en quelques semaines et disparaît sans laisser à sa suite ni trouble fonctionnel ni trace sensible de son passage.

Diagnostic. — I. — Sans parler de l'épididymite traumatique qui se différencie par une anamnèse toute spéciale, la lésion la mieux faite pour simuler l'épididyme secondaire est sans contredit l'engorgement dur, froid, indolent et chronique, qui succède habituellement à l'*épididymite blennorrhagique* et lui survit parfois un temps très long. Mais le diagnostic ressort aussitôt des commémoratifs d'une

inflammation aiguë et douloureuse des bourses, s'étant produite au cours d'un écoulement uréthral. En outre, la tumeur reliquat de l'épididymite blennorrhagique a pour caractère ou bien d'affecter tout l'épididyme, ou bien, plus souvent encore, de se cantonner dans le *globus minor*, vers la queue de l'organe.

II. — L'*épididymite tuberculeuse* se rapproche absolument, à son début tout au moins, de l'épididyme secondaire par son siège, son indolence, sa dureté, etc. Mais elle ne tarde pas à s'en différencier par divers caractères, à savoir : bosselures, et bosselures souvent multiples, bien plus fortement accentuées que dans la syphilis ; — bosselures de consistance souvent inégale, les unes encore dures, mais d'autres moins fermes, et d'autres en voie de ramollissement ; — invasion habituelle du canal déférent, qui devient moniliforme ; — invasion possible et même fréquente de la prostate et des vésicules séminales. — Ajoutez à cela les considérations tirées de l'état général, comme aussi de la coïncidence possible d'autres tuberculoses de siège différent, etc. — En fin de compte, critérium rapidement significatif offert par le traitement spécifique, qui résout à bref délai l'épididyme secondaire, mais reste sans résultat sur l'épididymite tuberculeuse.

III. — Enfin, l'épididyme secondaire a été plus d'une fois rapporté à une affection kystique localisée dans le *globus major*. Mais, si les kystes de cette région peuvent en imposer par leur consistance et leur indolence, ils sont généralement moins réguliers et moins lisses de surface que l'épididyme secondaire, plus globuleux et moins oblongs, souvent aussi plus élastiques que durs. En tout cas et bien mieux que ces divers signes d'appréciation délicate, le traitement ici encore offre un recours précieux pour lever toute difficulté diagnostique à brève échéance.

Traitement. — Pour l'énorme majorité des cas, traitement local inutile. — Recommander simplement le suspensoir ouaté et quelques bains. — Éviter fatigue, bicyclette, cheval.

Le mercure suffit en général à déterminer une résolution rapide. — Lui adjoindre l'iodure en cas de régression lente.

II. — Chez la femme.

Beaucoup plus multiples et variés sont les troubles importés par la syphilis secondaire dans le système génital féminin.

I. — **Leucorrhée.** — En premier lieu je mentionnerai, comme un accident qu'il est assez commun d'observer chez les femmes syphilitiques, la *leucorrhée*, c'est-à-dire un suintement séro-muqueux provenant des muqueuses génitales internes. Nombre de femmes, qui n'avaient jamais eu de flueurs blanches avant de contracter la syphilis,

deviennent leucorrhéiques à des degrés variables et pour un certain temps au cours de la période secondaire.

Est-ce là un accident direct de syphilis? Je n'en crois rien. J'incline bien plutôt à considérer cette leucorrhée comme un effet de la chloro-anémie et de la débilitation générale que la diathèse importe souvent dans l'économie féminine.

Question plus grave : Cette leucorrhée est-elle *contagieuse*? Je n'hésite guère, avec les réserves que comporte une question de ce genre, à répondre négativement. D'une part, en effet, j'ai vu nombre de femmes syphilitiques affectées de leucorrhée ne rien transmettre par les rapports sexuels. Et, d'autre part, toutes les fois que, par confrontation, j'ai pu remonter à l'origine d'une contagion syphilitique transmise à un homme, j'ai toujours — à de très rares exceptions près — rencontré chez la femme des lésions spéciales (chancre ou syphilides), bien définies, bien manifestes. Je ne sais ce que serait capable de produire par inoculation l'écoulement leucorrhéique provenant d'un organisme entaché de syphilis ; mais ce que j'ai vu, c'est qu'il reste ou paraît rester inoffensif dans les conditions physiologiques du rapprochement sexuel.

II. — **Névralgie utérine.** — Manifestation de même ordre que la précédente, en ce sens qu'elle aussi semble bien moins constituer un symptôme direct de syphilis que relever de la chloro-anémie ou de l'état général ou de l'éréthisme nerveux qui résulte de la diathèse.

Quelle qu'en soit la pathogénie, toujours est-il que ce symptôme est d'observation assez commune. Nombre de femmes qui, avant la syphilis, étaient restées indemnes de toute souffrance utérine, commencent, au cours de la période secondaire, à devenir sujettes à des douleurs plus ou moins accentuées qui, par l'ensemble de leurs caractères, rappellent tout à fait l'*hystéralgie* commune, vulgaire. Ce sont des douleurs irrégulières et capricieuses, exacerbantes, partant d'un point fixe que les malades localisent très bien dans la région médiane et inférieure du ventre, s'exaspérant par la marche, s'exaspérant surtout par le toucher du col, irradiant vers les lombes, le sacrum, les cuisses, redoublant d'intensité au moment des règles, etc. Aucune lésion contemporaine ne venant, d'autre part, rendre compte de tels phénomènes, force est bien de les considérer comme purement névralgiques et d'en faire une *névrose utérine*.

Quant à la connexion de ces accidents avec la syphilis, elle ressort des conditions mêmes où ils se sont produits, comme aussi des symptômes qui leur sont associés. Quoi d'étonnant, d'ailleurs, à ce qu'une manifestation de cet ordre dérive d'une influence diathésique? Chacun sait quelle impressionnabilité singulière acquiert le système utérin chez les femmes chloro-anémiques ou débilitées par une raison quelconque ; et, d'autre part, je n'ai plus à dire quel éréthisme morbide la syphilis imprime souvent à l'organisme féminin.

III. — **Troubles menstruels.** — Déterminer l'influence de la syphilis sur la menstruation constitue, certes, un problème des plus délicats. Il est souvent très difficile, en effet, de démêler ce qui revient à l'action propre de la diathèse au milieu des causes multiples et variées qui, chez toutes les femmes et chez nos malades d'hôpital en particulier, peuvent modifier le cours des règles : causes générales dérivant de la constitution, du tempérament, de la santé habituelle, de l'anémie, de la chlorose, des influences professionnelles, etc. ; — causes locales, relevant de l'état utérin, des excitations génitales, de la débauche, des habitudes vicieuses, etc. ; — sans parler encore de ces idiosyncrasies singulières qui souvent impriment aux règles telle ou telle modalité anomale.

J'ai tenté cependant d'élucider la question. Pour me tenir en garde le mieux possible contre toutes ces causes d'erreur, je me suis astreint à ne prendre comme sujets d'observation que les femmes dont les règles avaient été parfaitement *régulières* jusqu'à l'époque de leur maladie, et celles qui, séjournant un certain nombre de mois à l'hôpital, se trouvaient soustraites par cela même aux excitations de la vie extérieure. Procédant de la sorte et réunissant à mes observations d'hôpital celles que j'avais pu recueillir en ville dans des conditions meilleures, je crois être arrivé à quelques résultats qui me paraissent entourés de réelles garanties d'exactitude.

Ces résultats, je les formulerai tout d'abord, me réservant de les légitimer par une discussion subséquente.

1° Sur le plus grand nombre des femmes, la syphilis, dans ses formes habituelles, c'est-à-dire dans ses formes légères ou moyennes, ne trouble pas sensiblement les règles.

2° Sur quelques malades, toutefois, même dans ses formes communes, elle détermine certains troubles menstruels bien manifestes ; — et, de ces troubles, les plus habituels consistent en *retards*, *irrégularités*, *appauvrissement*, *suppression* plus ou moins complète du flux menstruel.

3° Si les troubles menstruels sont assez rares dans les syphilis de gravité moyenne, ils deviennent, au contraire, fréquents et intenses dans la plupart des cas où la maladie prend une gravité supérieure et revêt, dès la période secondaire, la forme que nous avons qualifiée de viscérale.

Précisons.

1. — La première des propositions qui précèdent n'est guère sujette à contestation. Chez le plus grand nombre de nos malades, simplement éprouvées par des manifestations légères et superficielles, j'ai noté que la menstruation n'était pas sensiblement troublée, ne semblait même en aucune façon influencée par la diathèse. — Inutile de citer, à ce point de vue, des observations particulières. C'est là un fait qui ressort de la pratique courante.

II. — En revanche, il est certaines malades chez lesquelles la syphilis, même dans ses formes légères ou moyennes, détermine des troubles menstruels d'intensité variable. Les plus fréquents de ces troubles consistent en ceci : *retards* et *irrégularités* des règles. Deux exemples :

Une jeune femme, très exactement réglée tous les vingt-huit jours, devient syphilitique. Dès le sixième mois de l'infection, ses règles *retardent*, c'est-à-dire n'apparaissent plus que toutes les six semaines, toutes les sept semaines, puis tous les deux mois.

Une autre, tout aussi ponctuellement menstruée avant de contracter la syphilis, n'a plus eu, dès qu'elle a été sous le coup de la diathèse, que des règles *très irrégulières*, se manifestant à intervalles de 18, 21, 35, 14, 41, 52 et 65 jours, etc.

En certains cas plus rares, les troubles de menstruation s'accentuent davantage. Les règles, alors, *se suppriment* complètement, et cela pour une période plus ou moins longue, pour deux mois, pour trois mois, voire pour cinq mois et plus. Dans ces conditions, c'est à une véritable *aménorrhée* syphilitique que l'on a affaire.

Je n'aurais pas été conduit par l'observation à constater cette aménorrhée spécifique qu'une remarque indirecte me l'eût signalée. C'est une particularité fréquente, en effet, que les femmes syphilitiques se croient enceintes alors qu'elles ne sont pas enceintes. Maintes fois il m'est arrivé d'être consulté par mes malades au sujet de *prétendues grossesses* que rendait probables à leurs yeux une suppression de règles plus ou moins prolongée. Or, examen fait, la plupart de ces femmes n'étaient pas enceintes ; elles étaient simplement aménorrhéiques, et aménorrhéiques de par la syphilis. Une de mes clientes me racontait, de la sorte, qu'elle « avait passé deux ans de sa syphilis à se croire enceinte presque tous les mois ».

En même temps que les règles se troublent au point de vue de la périodicité, il n'est pas rare qu'elles *s'appauvrissent*. D'abord, elles diminuent comme *durée*. La plupart des malades auxquelles j'ai fait allusion précédemment, au lieu d'avoir leurs menstrues pendant quatre, cinq ou six jours, ne perdaient plus que trois jours, deux jours, vingt-quatre heures, quelques heures même en certains cas. Parfois, aussi, le flux menstruel, au lieu de se produire d'une façon continue et égale, procède par poussées intermittentes, c'est-à-dire apparaît et disparaît plusieurs fois de suite pendant quelques jours, et cela de la façon la plus irrégulière. — En second lieu, les règles s'appauvrissent comme *quantité*. Les malades vous disent « perdre beaucoup moins que d'habitude, la moitié, le tiers, le quart de ce qu'elles perdaient auparavant ». Quelques-unes en arrivent à n'avoir plus besoin de se garnir, à tacher à peine leur linge, etc. ; et, parfois même, ce qu'elles appellent « leurs règles » est moins du sang véritable que de la sérosité rose, à peine sanguinolente.

Parfois encore (mais cela est plus rare), à plusieurs suppressions consécutives succèdent des hémorrhagies plus ou moins abondantes, qu'on pourrait presque qualifier de *métrorrhagies*. Ces métrorrhagies, généralement accompagnées de coliques et de névralgies utérines, ne laissent pas que de fatiguer les malades, dont elles contribuent à accroître l'état anémique.

Pathogénie. — Il n'est pas douteux que les divers troubles menstruels dont je viens de parler ne soient, pour la plupart des cas, une conséquence de l'influence générale exercée par la diathèse sur l'économie. Le plus souvent, en effet, il existe entre ces troubles et l'état de santé des femmes syphilitiques une relation intime qu'on ne saurait méconnaître. La syphilis ayant pour résultat assez habituel, chez les femmes spécialement, d'affaiblir et d'anémier l'organisme, rien de plus naturel que, dans ces conditions, les règles se troublent, s'appauvrissent et finissent même par se tarir provisoirement. Ce ne sont là, comme on le sait, que des phénomènes communs à toutes les anémies, à toutes les déglobulisations du sang, quelles qu'en soient d'ailleurs l'origine et la nature.

Mais ce qui n'est pas moins intéressant à préciser, c'est que, d'autre part, de semblables troubles menstruels se manifestent parfois, et cela même avec une intensité notable, sans être provoqués par un état de débilitation générale de l'économie. J'ai observé nombre de cas de ce genre chez des femmes syphilitiques dont la santé ne paraissait pas sensiblement altérée. J'ai plus d'une fois constaté, par exemple, — et non sans étonnement — des retards et des aménorrhées rebelles chez des malades qui ne semblaient en rien anémiques, qui ne présentaient ni l'habitus extérieur ni les signes stéthoscopiques de l'anémie. Il serait donc exagéré, je crois, de rapporter exclusivement à l'anémie les troubles menstruels de la période secondaire; car ces troubles, en quelques cas, semblent bien positivement constituer une expression directe de la diathèse.

III. — J'ai dit en troisième lieu que, si les troubles menstruels sont assez rares dans les syphilis d'intensité moyenne, ils deviennent tout au contraire communs, habituels même, dans la plupart des cas où la maladie prend une certaine gravité et revêt la forme que nous avons appelée viscérale.

Cela, encore, est incontestable, et sur ce point il n'est pas de désaccord possible. *Toutes les fois que la syphilis devient grave, elle trouble les règles.* Elle commence par les retarder, les appauvrir, les rendre irrégulières; plus tard, elle les suspend pour des laps de temps de plus en plus considérables; finalement, elle peut les supprimer.

Deux exemples :

Une jeune femme, qu'une syphilis des plus graves avait conduite presque au seuil de la cachexie, n'a eu que deux fois ses règles en quinze mois. Et,

de plus, ces deux menstruations ont été si pauvres qu'elles méritaient à peine le nom de règles ; le sang n'avait coulé que quelques heures, au dire de la malade, « en ne faisant pas sur le linge une tache plus grande que le creux de la main ».

Une autre de nos malades, éprouvée par une syphilis des plus graves et devenue véritablement cachectique, a perdu absolument ses règles pendant treize mois.

IV. — Mais c'est surtout au point de vue des **fonctions de reproduction** que le système utérin offre, dans la période secondaire, des troubles dignes de l'attention la plus sérieuse. De nombreuses questions, toutes majeures, toutes éminemment pratiques, vont se présenter ici à notre étude.

I. — Tout d'abord, quelle est l'influence de la syphilis secondaire sur la *faculté de conception*?

On a prétendu que la syphilis peut produire la *stérilité*. Certains médecins ont avancé que, du fait seul de la vérole, la femme devient parfois impropre à la fécondation. A l'appui de ce dire on a cité quelques observations se résumant en ceci : une femme reste stérile pendant plusieurs années ; on recherche la cause de cette stérilité, et l'on ne trouve, après mûr examen, que la vérole à incriminer. Un traitement spécifique est alors prescrit, et, consécutivement, la femme devient grosse.

Je n'insisterai pas sur ce que de tels faits présentent de vague et de controversable, non plus que sur les objections nombreuses qu'on est en droit de leur adresser. De l'aveu général, les conditions d'où résulte l'aptitude ou l'inaptitude à la reproduction ne sont encore que très imparfaitement connues. Et d'ailleurs, s'il arrive qu'une femme syphilitique ne devienne enceinte qu'après avoir suivi un traitement spécifique, cela suffit-il à démontrer qu'avant ce traitement elle était stérile de par la syphilis et qu'elle serait restée stérile sans l'intervention du mercure?

Il se peut assurément qu'en vertu de certaines lésions ou par une influence toxique, la vérole rende certaines femmes infécondes. Mais, si cela est, cela, en tout cas, doit être bien rare, bien exceptionnel même. Car les femmes syphilitiques qui deviennent *enceintes* ne sont malheureusement que trop nombreuses; bien malheureusement, je répète le mot à dessein, elles ne sont que trop facilement aptes à concevoir. Si la syphilis était une cause de stérilité, nous n'aurions pas à déplorer tant et tant de catastrophes héréditaires dont je vais parler dans un instant.

II. — **Syphilis et grossesse s'influencent réciproquement.** — Voyons, d'abord, comment l'état de grossesse peut réagir sur la syphilis.

Il est des cas où la gestation reste inoffensive sur l'évolution

secondaire. Tout au moins la syphilis n'en subit-elle pas d'aggravation apparente.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, loin de là ! Et le plus souvent la grossesse devient l'occasion d'une série de troubles, soit locaux, soit généraux.

Localement, d'abord, la grossesse prédispose la région génitale à des poussées de syphilides muqueuses qui prennent, je ne dirai pas une gravité, mais une importance particulière, en raison même des conditions physiologiques que confère la gestation à tout l'appareil génital. L'état congestif anormal de la vulve est pour ces accidents une *cause d'appel* et *d'entretien*. — Les papules muqueuses, par exemple, ne se bornent pas à être très communes chez les femmes enceintes; elles se développent sur elles avec une exubérance singulière, prennent rapidement la forme bourgeonnante, végétante, hypertrophique, et arrivent souvent à constituer de nombreuses tumeurs qui envahissent et déforment toute la vulve. De plus, elles sont toujours rebelles, bien plus rebelles que d'habitude, et se résorbent plus difficilement, plus lentement qu'elles n'ont coutume de le faire en toute autre circonstance. — De même, et pour une raison identique, les syphilides de forme ulcéreuse sont assez fréquentes chez les femmes grosses. Livides, violacées, creuses et rendues plus creuses encore par la turgescence vasculaire des parties, elles persistent en général plus ou moins longtemps et tendent souvent à progresser. On a même parfois toutes les peines du monde à en obtenir la cicatrisation avant l'accouchement (1).

Il en est de même pour le chancre qui prend naissance au cours de la grossesse et surtout dans les derniers mois de la gestation. Ce chancre revêt alors une physionomie très différente de celle qui lui est habituelle dans l'état de vacuité utérine. Il est large, étendu, creux, ulcéreux, avec un fond violacé et une coloration sombre, vineuse, due à l'état de veinosité de la région. Il affecte une évolution torpide et ne se cicatrise que lentement, péniblement. Parfois même il présente une tendance ulcéreuse, qui peut aboutir au phagédénisme.

En second lieu, les modifications, les perturbations qu'importe la grossesse dans l'état général constituent un appoint singulièrement défavorable à la diathèse. Elles deviennent, pour nombre de cas, l'occasion de troubles qui, sans elles, ne se seraient pas produits, qui, tout au moins, auraient eu chance de ne pas se produire. Donc, *la grossesse*, assurément, *complique la vérole*. Elle la complique en lui ajoutant son anémie propre, son influence débilitante, sa disposition aux névroses, ses troubles de nutrition, etc. Aussi, beaucoup de

(1) Voy. Jules Moret, *Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et les nouvelles accouchées*, thèses de Paris, 1875. — Jean Cernatesco, *De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation*, thèses de Paris, 1875. — Etc.

femmes syphilitiques, qui conservaient une santé moyenne ou passable tant qu'elles n'étaient que syphilitiques, voient-elles leur état général péricliter dès qu'à la syphilis s'adjoint une grossesse. Elles deviennent alors pâles, chlorotiques, hydrohémiques, faibles, alanguies, nerveuses, maladives (peut-être même vaudrait-il mieux dire *malades*). La syphilis alors a beau jeu pour donner carrière à ses manifestations propres, et elle ne s'en fait guère faute le plus souvent. C'est ainsi que, sous la double influence de la syphilis et de la grossesse, certaines femmes sont affligées de symptômes aussi multiples que variés et, plus spécialement encore, de symptômes d'ordre splanchnique : asthénie fonctionnelle générale ; — langueur digestive, inappétence, troubles dyspeptiques, vomissements ; — palpitations, intermittences cardiaques ; — accès fébriles, ou bien fièvre continue paroxystique, quelquefois assez intense pour mériter le nom de typhose ; — accidents nerveux, tels que céphalée, névralgies, insomnies, vapeurs, algidités périphériques, spasmes musculaires, névroses convulsives, etc. ; — douleurs diverses, variables de siège et de nature, et spécialement douleurs abdominales mal définies, vagues ; — hystéralgie avec irradiations lombaires, pelviennes, inguinales, etc.

Il n'est même pas très rare que la grossesse devienne une raison de *malignité* et se traduise par l'ensemble clinique des **syphilis malignes** que nous aurons bientôt à décrire, à savoir notamment par les manifestations suivantes : syphilides cutanées profuses et de forme ulcérative, syphilides muqueuses de même forme, iritis graves, périostites, périostoses, lésions gommeuses, céphalée, fièvre, dénutrition, voire consomption rapide, et tous symptômes de tertiarisme précoce.

Je tiens la grossesse pour une cause avérée de **phagédénisme**. Plusieurs fois, en effet, j'ai observé des chancres phagédéniques vulvaires sur des femmes enceintes, qu'aucune cause ne semblait prédisposer à cette complication. Plusieurs fois aussi j'ai vu succéder à de tels chancres des syphilides de forme phagédénique, et cela toujours au cours de la grossesse.

Une des syphilis phagédéniques les plus intenses et les plus graves que j'aie jamais rencontrées s'était développée sur une jeune femme qui avait contracté la contagion au début même d'une grossesse. Cette syphilis débuta par un chancre phagédénique vulvaire, auquel succédèrent sans transition d'effroyables syphilides tertiaires de forme serpigineuse et térébrante. Elle mutila le visage, anéantit le nez, le palais et le voile palatin, puis aboutit à une cachexie profonde qui se termina par la mort en l'espace de quelques mois.

III. — A son tour, la syphilis peut réagir et réagit très fréquemment sur la grossesse. Cela de trois façons : par l'infection générale dont elle imprègne l'organisme ; — par les troubles fonctionnels qu'elle

importe dans les divers systèmes, troubles qui, naturellement, sont parfois de nature à influencer la grossesse; — et par les lésions qu'elle constitue dans le placenta (1).

Aussi bien, nombre de femmes syphilitiques, devenues enceintes à la période secondaire, ont-elles une *grossesse pénible*, laborieuse, accidentée, douloureuse, féconde en troubles locaux et généraux.

Aussi bien, finalement, est-il absolument commun qu'en de telles conditions la grossesse ne se continue pas, n'arrive pas à terme, c'est-à-dire aboutisse soit à l'**accouchement prématuré**, soit surtout à l'**avortement**.

L'**INFLUENCE ABORTIVE** ou **FŒTICIDE** de la syphilis est un fait aujourd'hui universellement admis, tant elle a été démontrée de fois, tant elle est d'observation journalière. Il me suffira donc d'affirmer ici ce fait, sans avoir à l'étayer de citations particulières, et d'ajouter :

Cette influence abortive de la syphilis se manifeste dans *toutes* les conditions qui peuvent présider à la transmission des géniteurs au produit de conception, c'est-à-dire : 1° alors que les deux géniteurs sont affectés de syphilis ; — 2° alors que le père seul est syphilitique, la mère étant saine ; — 3° alors que la mère seule est syphilitique, le père étant sain ; — 4° alors que la mère, saine à l'époque de la conception, vient à être infectée au cours de la grossesse.

De nombreuses statistiques ont été publiées, et de tous côtés, pour servir à la démonstration de ces divers points. J'en reproduirai seulement quelques-unes.

I. — Sur 53 jeunes femmes syphilitiques et enceintes, observées et traitées par moi à Lourcine, 28 seulement ont mené leur grossesse à terme, tandis que 8 ont accouché prématurément et 17 ont avorté à diverses échéances. C'est-à-dire : 25 grossesses sur 53 (près de moitié) aboutissant à une terminaison néfaste, et cela en dépit du traitement !

II. — Sur 414 grossesses de femmes syphilitiques observées à Lourcine, 260 seulement sont arrivées à terme, tandis que 154 ont abouti soit à l'accouchement prématuré, soit à l'avortement (Dr Le Pileur). — Proportion : Sur 100 grossesses, 37 à terminaison mauvaise.

III. — Il en est de même pour l'*hérédité maternelle exclusive*, qu'on a rarement l'occasion d'observer et à propos de laquelle les résultats qui vont suivre n'en sont que plus curieux à enregistrer :

Treize femmes syphilitiques, unies à des maris *sains* (que je puis sûrement déclarer sains pour les avoir soigneusement interrogés et examinés), ont eu 28 grossesses. Or, ces 28 grossesses ont abouti aux résultats que voici :

(1) La description de ces lésions trouvera place dans une autre partie de cet ouvrage.

Enfants vivants et sains.....	3 cas.
Enfants manifestement syphilitiques, mais ayant survécu.....	4 —
Enfants syphilitiques, qui se sont éteints très rapidement.....	3 —
Enfants ayant succombé rapidement, sans que des symptômes dûment syphilitiques aient été constatés sur eux.....	9 —
Enfin, la grossesse s'est terminée soit par accouchement prématuré, soit par avortement, en..	9 —
Total.....	28 cas.

Proportion : 32 grossesses sur 100 se terminant par accouchement prématuré ou avortement.

IV. — De même, également, pour l'*hérédité paternelle exclusive*, infiniment plus commune que la précédente. Ainsi :

Sur 103 grossesses survenues dans ces conditions, c'est-à-dire issues d'un père syphilitique et d'une mère saine, 41 se sont terminées par des avortements ou des accouchements prématurés, amenant des enfants morts ou moribonds.

41 sur 103, cela donne au pourcentage 39 pour 100. Quelle proportion !

Encore, si cette influence pernicieuse de la syphilis se bornait à une première grossesse, ou bien se limitait à la période secondaire. Mais c'est que tel n'est pas le cas bien souvent. Bien souvent — et surtout par défaut d'un traitement répressif — elle se prolonge sur plusieurs grossesses, en dépassant, et de beaucoup, les limites chronologiques de la période secondaire. On a vu, de la sorte, de malheureuses femmes syphilitiques avorter *deux fois*, *trois fois*, *quatre fois*, *cinq fois*, *six fois*, et même jusqu'à *sept fois* de suite ! On a vu des femmes syphilitiques ne pouvoir conduire à terme une seule de leurs grossesses. Il existe quantité de ces faits dans la science, calqués sur le suivant, que je donnerai comme exemple.

Une jeune fille d'excellente santé, grande, vigoureuse, se marie à dix-neuf ans. Elle commence par avoir trois grossesses normales, qui lui donnent trois « superbes enfants ». — Après son troisième accouchement, elle reçoit la syphilis de son mari, qui venait de la contracter dans une aventure extra-conjugale. — Au delà, elle devient enceinte *sept fois*. — Résultats de ces nouvelles grossesses :

Première grossesse (après la contagion) : *avortement* au cinquième mois.

Seconde grossesse : *accouchement prématuré*, à sept mois et demi. L'enfant, très chétif, rabougri, « sorte de petit vieux », meurt à quinze jours.

Troisième grossesse : accouchement « presque à terme » d'un enfant *mort-né*.

Quatrième grossesse : *accouchement prématuré* à sept mois ou sept mois et demi. — Enfant *mort-né*, ayant le corps couvert de taches.

Cinquième grossesse : *accouchement prématuré* d'un enfant mort.

Sixième grossesse : *avortement* à trois mois et demi.
Septième grossesse : *avortement* à six semaines environ.

A coup sûr, les observations et les statistiques qui précèdent témoignent formellement de l'influence particulièrement nocive exercée par la syphilis sur la grossesse et le produit de conception. Mais ce n'est pas tout. Car il est une condition autre et toute spéciale qui parachève, en l'espèce, la démonstration de cette influence, et cela d'une façon si saisissante qu'elle doit être consignée ici.

Cette condition est celle où la syphilis ne pénètre dans une famille qu'après l'époque où les deux conjoints ont déjà fait leurs preuves — qu'on me passe le mot — en tant qu'aptitudes procréatrices normales et favorables. Qu'alors d'autres grossesses viennent à se produire après infection d'un des époux ou des deux époux, on se trouve avoir un terme de comparaison irrécusable pour juger de l'influence exercée par la syphilis. Eh bien, ce critérium se présente quelquefois en pratique. Et, en telle occurrence, qu'observe-t-on? Ceci :

Avant la syphilis, grossesses arrivant à terme, se terminant heureusement par la naissance d'enfants vivants et sains;

Après la syphilis, au contraire, avortements, accouchements prématurés, naissance d'enfants morts ou d'enfants syphilitiques.

Exemple :

Un homme, exempt de syphilis, épouse une jeune fille, dont il a deux enfants vivants et sains. — Il contracte alors la syphilis et la communique à sa femme. Surviennent, au delà, quatre grossesses, qui se terminent :
Les trois premières par avortement;
La quatrième par la naissance d'un enfant syphilitique.

Tel est également l'un des cas précités, se résumant en ceci :

Dix grossesses, dont trois antérieures et sept postérieures à la contamination syphilitique. — Les trois premières se terminent à terme et donnent des enfants bien portants; — les sept autres aboutissent à *quatre accouchements prématurés* et *trois avortements*.

Quoi de plus instructif que de tels faits? Et quoi de plus probant ?

IV. — **Est-il une étape de la diathèse syphilitique qui soit particulièrement nocive pour la grossesse et pour le produit de conception ?**

Oui, certes. Cette étape particulièrement nocive, c'est la *période secondaire*, et même — nous pouvons mieux préciser encore — c'est,

dans la période secondaire, le tout jeune âge de l'infection, à savoir (approximativement) sa *première année*.

Quelques développements vont être nécessaires.

L'influence infectieuse héréditaire qui menace à la fois la grossesse et l'enfant n'est pas toujours limitée — tant s'en faut — aux premières années de la maladie, c'est-à-dire à la période secondaire. Elle peut s'étendre au delà, bien au delà, et s'exercer en pleine période tertiaire. Que dis-je? Elle peut même, en certains cas à la vérité exceptionnels, se proroger jusqu'à des termes avancés de cette période tertiaire. C'est ainsi qu'on a vu cette hérédité à long terme se poursuivre au cours de *dix* grossesses, de *onze* grossesses, de *dix-neuf* grossesses (cas célèbre du Dr Ribemont-Dessaigne) (1), alors que le début de la syphilis remontait à dix, quinze, dix-sept, vingt ans.

Mais, cela reconnu, il n'en reste pas moins certain que, comme règle usuelle, l'influence héréditaire de la syphilis, essentiellement nocive et meurtrière dans les premiers temps de la maladie, « s'use », se mitige, s'amoindrit et s'annihile *avec le temps*.

D'innombrables observations cliniques témoignent en ce sens. Il y a plus, même; c'est que certaines de ces observations portent avec elles la preuve d'une *atténuation méthodiquement progressive* de cette influence héréditaire au fur et à mesure d'une série de grossesses. Dans les cas de ce genre, en effet, on voit ceci : l'infection diathésique commencer par tuer les enfants, qui alors sont expulsés par avortement dès les premiers mois de la grossesse ; — puis, les tuer encore, mais à échéance plus tardive, de sorte que la grossesse se prolonge davantage ; — puis, les laisser naître à terme, mais à l'état de petits êtres chétifs et étiques, d'avortons manifestement destinés à une mort prochaine; — puis, leur permettre de naître plus valides, syphilitiques à la vérité, mais capables de résister à leur syphilis ; — et, finalement, s'éteindre, s'annihiler, au point que des grossesses ultérieures ne donnent plus naissance qu'à des enfants vivants et indemnes de syphilis.

Exemple :

Un de mes clients se marie quatre ans après avoir contracté la syphilis. Il a la chance de ne pas contagionner sa femme, que j'ai examinée à maintes reprises et toujours trouvée saine. Or, cette femme est devenue enceinte quatre fois, et ces quatre grossesses se sont terminées comme il suit :

La première, par une *fausse couche* à *trois* mois ;

La deuxième, par une *fausse couche* à *six* mois;

La troisième, par la naissance *à terme* d'un enfant syphilitique, qui mourut de la syphilis à trois mois ;

(1) Voy. A. Fournier, *L'hérédité syphilitique*, p. 120.

La quatrième, enfin, par la naissance *à terme* d'un enfant sain, qui était *sain* encore huit ans plus tard, au moment où je perdis de vue cette famille.

Une observation de Bertin est relative à un ménage syphilitique où six grossesses se terminèrent ainsi :

Première grossesse. — Avortement à six mois. — Enfant mort-né.

Deuxième grossesse. — Avortement à sept mois. — Enfant vivant huit heures.

Troisième grossesse. — Accouchement à sept mois et demi. — Enfant mort.

Quatrième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique survivant dix-huit jours.

Cinquième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant six semaines.

Sixième grossesse. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique, survivant.

Un autre fait, dû à M. le Dr Mireur, est encore plus démonstratif. En voici le résumé.

Un jeune maçon contracte la syphilis et se marie au début même de la période secondaire. Il ne manque pas (cela devait être) de contagionner aussitôt sa jeune femme. — Surviennent huit grossesses dont les résultats (que l'on note bien ceci) se déroulent *suivant l'impulsion propre, naturelle, de la maladie, les deux époux restant vierges de tout traitement.* C'est donc là, prise sur le fait et pure de tout mélange, l'histoire naturelle de la maladie.

Or, ces huit grossesses se terminent de la façon que voici :

Première grossesse ; — *avortement* au cinquième mois ;

Deuxième grossesse ; — *avortement* au septième mois ;

Troisième grossesse ; — accouchement avant terme d'un enfant *mort* ;

Quatrième et cinquième grossesses ; — enfants *vivants*, mais *syphilitiques*, mourant le premier à trente jours et le second à deux mois et demi.

Sixième, septième et huitième grossesses ; — enfants *vivants* et *sains*.

De tels faits, en vérité, n'ont pas besoin de commentaires, tant ils semblent ordonnés à dessein pour démontrer que le temps atténue l'influence hérédo-syphilitique et peut même finir par l'annihiler (1).

Après avoir constaté ce premier résultat d'ordre général, essayons de serrer de plus près la question et de déterminer d'une façon plus

(1) Des résultats de tous points semblables ont été produits par le Dr Legrand, dans son intéressante monographie sur *La syphilis cause d'avortement* (thèse de Paris 1889).

précise l'*influence du temps*, ce grand effaceur de toutes choses, sur la nocivité héréditaire de la syphilis.

Or, d'un grand nombre d'observations, soit empruntées à des sources étrangères, soit personnelles, comme aussi de diverses statistiques que j'ai essayé d'instituer, il m'a paru ressortir un certain nombre d'enseignements, j'oserais presque dire de *lois*, si ce terme ne semblait pas trop ambitieux. En tout cas, voici ce que m'a paru démontrer mon enquête :

I. — C'est, d'abord, que l'INFLUENCE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE, QUI S'EXERCE D'UNE FAÇON TRÈS INÉGALE AUX DIVERS AGES DE LA MALADIE, COMPORTE UN MAXIMUM, ET UN MAXIMUM CONSIDÉRABLE, ÉNORME, QUI CORRESPOND ENVIRON AUX TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE L'INFECTION ;

II. — C'est, en second lieu, que LE MAXIMUM DE CE MAXIMUM, si je puis ainsi parler, RÉPOND AU PLUS JEUNE AGE DE LA DIATHÈSE, C'EST-A-DIRE, APPROXIMATIVEMENT, A SA PREMIÈRE ANNÉE ;

III. — C'est, enfin, qu'AU DELA DES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE LA MALADIE, LA DÉCROISSANCE DE L'INFLUENCE HÉRÉDITAIRE SE CONTINUE ENCORE LES ANNÉES SUIVANTES, MAIS D'UNE FAÇON INFINIMENT MOINS MARQUÉE.

Comparons, en effet, la *mortalité* de provenance hérédo-syphilitique aux divers âges de la maladie chez les géniteurs.

Dans l'une de mes statistiques relative à l'hérédité mixte et reposant sur un total de 239 grossesses, je vois que cette mortalité infantile s'est traduite par les chiffres suivants :

Première année (1)	88 cas.
Deuxième année	34 —
Troisième année	17 —
Quatrième année	7 —
Cinquième année	5 —
Sixième année	6 —
Septième année	5 —
Huitième année	5 —
Neuvième année	1 —
Dixième année	1 —
Onzième année	2 —
Douzième année	3 —
Dix-huitième année	1 —
Vingtième année	1 —
Total	176 cas.

(1) A dater de l'*infection maternelle* dans le mariage, infection naturellement *consécutive* à celle du mari.

Or, analysons ces chiffres ; que trouvons-nous ? Ceci :

1° Que, sur 176 morts d'enfants par hérédo-syphilis, 139 sont comprises dans les trois premières années de l'infection.

Ainsi, la mortalité des trois premières années est presque égale aux 4/5 de la mortalité totale.

2° Que la mortalité de la première année comprend à elle seule exactement la moitié de la mortalité totale.

3° Qu'une décroissance des plus marquées s'accentue ensuite, et cela de la façon suivante :

La mortalité de la deuxième année représente à peu près le tiers de celle de la première ;

Celle de la troisième représente la moitié de celle de la seconde ;

Celle de la quatrième n'équivaut pas même à la moitié de celle de la précédente.

4° Qu'en revanche, enfin, la décroissance de la mortalité, comparée d'une année à l'autre, se ralentit pour les années suivantes.

Des résultats analogues nous sont encore fournis par l'hérédité d'origine exclusivement paternelle ou maternelle, qui, l'une et l'autre, obéissent également à la loi de *décroissance de par le temps*. Ainsi, comme exemple :

Sur 21 cas de mort par hérédité syphilitique *maternelle*, 12 se sont produits dans les *trois premières années* de l'infection de la mère ; — et, sur ces 12 cas, 6 dans la *première année*.

Somme toute, il est deux faits essentiels, capitaux, qui dérivent des considérations précédentes ; et ces deux faits, sur lesquels je ne crains pas d'insister à nouveau en raison des conséquences pratiques qui s'y rattachent, sont les suivants :

1° **Il est, dans la syphilis, une période particulièrement dangereuse au point de vue de ses risques héréditaires ; — et cette période, qui s'étend environ aux trois premières années de la maladie, correspond assez exactement à ce qu'on a appelé la période secondaire ;**

2° **Dans cette période, il est une étape où l'influence héréditaire atteint un fastigium, un summum de nocivité, si je puis ainsi dire, au point de devenir alors littéralement maligne, pernicieuse pour l'embryon ; — et cette étape répond approximativement à la première année de l'infection.**

Au cours de cette *première année*, la transmission héréditaire de la maladie s'exerce d'une façon pour ainsi dire fatale, et s'exerce sous sa modalité la plus grave, à savoir : l'inaptitude à la vie, la mort à brève échéance. Cette première année est donc, au point de vue qui nous occupe pour l'instant, **l'année terrible** par excellence. Et, pour démontrer que ce mot n'a rien d'exagéré, qu'il me soit permis de citer une dernière statistique.

J'ai vu, de mes yeux vu, ceci :

90 femmes, contagionnées par leurs maris, sont devenues enceintes dans la *première année* de leur syphilis. Or, à quels résultats ont abouti ces 90 grossesses?

50 se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mort-nés ;

38 par naissance d'enfants qui se sont rapidement éteints ;

Et 2 par naissance d'enfants qui ont survécu.

Au total, donc, *88 morts sur 90 grossesses* !

C'est à n'y pas croire, et telle est cependant la stricte, l'absolue vérité.

Or, qu'on veuille bien le remarquer, cette statistique *épouvantable*, j'en ai recueilli les éléments non pas à l'hôpital, c'est-à-dire sur des femmes de situation sociale généralement misérable, non pas dans un milieu où des conditions diverses de mauvaise hygiène, de privations, de surmenage, d'ignorance ou d'indifférence, d'alcoolisme, de débauche, constituent autant de prédispositions à l'avortement, mais bien *en ville*, dans ma clientèle, dans des familles bourgeoises, sur des femmes jeunes, bien portantes pour la plupart, jouissant de tous les bénéfices de l'aisance, de l'éducation, de l'hygiène, en un mot, sur des privilégiées de la vie !

Quelle leçon (soit dit incidemment) à l'adresse de ces sujets indifférents, ignorants ou cyniques, qui ne craignent pas de se porter candidats au mariage avec une syphilis jeune encore et féconde en dangers de cet ordre !

v. — **Est-il quelque forme de la maladie qui expose plus spécialement la grossesse à une terminaison fâcheuse, notamment à l'avortement?**

A coup sûr, l'avortement est plus inévitable dans les formes *graves* de la maladie, comme aussi dans certaines formes qui, sans comporter une gravité réelle, au sens exact du mot, se montrent particulièrement remarquables par leur tendance à affecter la vie splanchnique, à troubler les fonctions nerveuses, à constituer des perturbations nutritives, à s'en prendre, comme on dit vulgairement, à la santé. Je crois, de par expérience, que les femmes *rudement* ou *viscéralement* éprouvées par la syphilis secondaire sont plus exposées à l'avortement ou à l'accouchement prématuré que celles dont la maladie se borne à des symptômes bénins, superficiels, et simplement extérieurs.

Mais, ce que je dois ajouter tout aussitôt, c'est que **toute syphilis, quelle qu'elle soit, comporte comme conséquence possible l'avortement.** L'avortement d'origine syphilitique peut se produire dans *toutes les formes* de la maladie, même dans les plus légères. Rien de plus commun, de plus banal, que de rencontrer des femmes qui, même superficiellement éprouvées par la syphilis et non

affectées dans leur état général, dans leur santé, n'en aboutissent pas moins à la fausse couche, et cela du fait exclusif de l'infection.

Donc, je ne crains pas de le répéter, et pour cause, la règle générale, en l'espèce, doit se formuler ainsi :

Une syphilis secondaire étant donnée, quelle que soit la forme de ses accidents, voire quelle qu'en soit la bénignité, l'avortement est *toujours possible*, toujours à craindre ; — et, pratiquement, il y a toujours lieu de se tenir en garde, de tout mettre en œuvre pour conjurer cette regrettable éventualité.

Autre point à ne pas oublier.

L'avortement d'origine syphilitique ne se produit pas seulement alors que la conception ou la gestation coïncide avec telles ou telles manifestations actuelles de syphilis. Il peut tout aussi bien se produire à l'état de phénomène *isolé* et comme expression exclusive de la diathèse. C'est ainsi qu'on voit nombre de femmes avorter par le fait de la syphilis sans présenter actuellement et sans avoir présenté depuis leur grossesse, non plus qu'un certain temps avant leur grossesse, la moindre manifestation spécifique appréciable.

Donc : **l'infection syphilitique, même latente, est susceptible de déterminer l'avortement.**

A preuve, entre autres cas que j'aurais à citer, l'observation suivante, qu'il suffira d'énoncer sommairement :

Un jeune homme affecté de syphilis se marie prématurément et contamine sa femme. — Première grossesse, survenant alors que la femme présente encore des accidents syphilitiques. — Avortement. — Traitement de la femme pendant quelques mois. — Depuis lors, c'est-à-dire depuis cinq ans, *absence absolue de tout accident chez le mari et la femme.* — Et néanmoins six grossesses nouvelles ont abouti aux résultats suivants :

Fausse couche.
Fausse couche.
Fausse couche.
Enfant mort-né.
Enfant né à terme, syphilitique.
Enfant né à terme, syphilitique.

VI. — Enfin, **une syphilis antérieure à la conception expose-t-elle plus à l'avortement qu'une syphilis postérieure à la conception ?**

Nul doute à ce sujet. Une femme syphilitique qui devient enceinte est bien plus exposée à l'avortement qu'une femme enceinte qui devient syphilitique.

Ce fait ressort sans conteste de l'observation. La plupart, la grande majorité des fausses couches imputables à la syphilis sont la conséquence de syphilis contractées *avant* la conception. Il est plus rare — toutes proportions gardées (bien entendu) — qu'une fausse couche

soit déterminée par une contamination postérieure au début de la grossesse. Les femmes grosses qui prennent la syphilis courent certes de nombreux risques d'avortement; mais elles en courent moins que si la contagion eût précédé la grossesse.

Et j'ajoute : les dangers d'avortement sont d'autant moindres pour ces dernières que la syphilis survient à une époque plus éloignée de la conception. Si la contagion s'est exercée tout à fait au début de la grossesse, il y a péril sérieux d'avortement; — si elle se produit au delà du quatrième ou du cinquième mois, la fausse couche est beaucoup moins à craindre; — et, finalement, les chances d'expulsion prématurée du fœtus deviennent nulles ou presque nulles, lorsque l'imprégnation virulente est plus tardive encore, c'est-à-dire contemporaine des derniers temps de la gestation.

VII. — Mais, aussi désastreuse est l'influence de la syphilis sur la grossesse et le fœtus, aussi *merveilleuse* (oui, merveilleuse, je maintiens le mot) se montre l'action du mercure pour contre-balancer cette influence, pour l'amoindrir, la mitiger, la réduire, voire l'annihiler. Nulle part plus qu'ici le mercure ne manifeste ses effets bienfaisants. Il réalise en l'espèce des résultats qui tiennent du prodige; et, de plus, ces prodiges, il ne les produit pas seulement de temps à autre et seulement en quelques cas, mais bien il les accomplit journellement, usuellement, presque à tout coup; c'est là pour lui le fait habituel, c'est là presque *la règle*.

C'est qu'en effet, on peut le dire, la tendance à l'avortement est *justiciable de l'art*, alors qu'elle dérive d'une influence syphilitique. Cette tendance, cette disposition morbide, il dépend de l'art de la corriger, de l'atténuer, de la supprimer. L'art la domine, en un mot. Soumettez à un traitement spécifique telle femme qui, une ou plusieurs fois, a avorté de par la syphilis, et vous aurez toutes chances pour que cette femme, devenant enceinte derechef, *accouche à terme*, voire accouche d'un enfant vivant et sain.

Aussi bien n'est-ce pas par centaines, mais par milliers, qu'on pourrait relever dans la science des observations calquées sur le schéma que voici :

Mari syphilitique ou ménage syphilitique. — Plusieurs grossesses aboutissant soit à des fausses couches, soit à la naissance d'enfants étiolés, chétifs, affectés ou non de symptômes syphilitiques, et ne tardant pas à mourir. — A ce moment, intervention du traitement spécifique. — Et, dès lors, grossesses ultérieures donnant des enfants à terme, vivants et sains.

Positivement, en pareille occurrence, *le médecin tient en mains l'avenir de la grossesse et la vie du fœtus.*

De plus, j'ai hâte de préciser que cette action corrective, neutrali-

sante, du traitement spécifique s'exerce dans toutes les conditions possibles de provenance héréditaire, c'est-à-dire quelle que soit la source d'où dérive cette hérédité, à savoir : du père ou de la mère ou des deux géniteurs à la fois. — De cela voici la preuve.

1° Prenons d'abord l'ordre des cas les plus fréquents, ceux qu'on rencontre à tout instant dans la clientèle, à savoir ceux où la cause infectieuse procède du *père*, et du père exclusivement. Il est absolument commun que cette infection paternelle soit l'origine de fausses couches et parfois de fausses couches multiples. Eh bien, traitez le mari, et les grossesses qui surviendront *après traitement* amèneront presque sûrement à terme des enfants viables, voire le plus souvent indemnes de syphilis. — Exemples :

Une femme saine, mariée à un homme syphilitique, devient enceinte cinq fois et avorte cinq fois, sans qu'on puisse trouver une raison à ces fausses couches. On finit cependant par songer, comme cause possible de ces avortements, à la syphilis du mari, qui est soumis alors à un traitement spécifique. — Une sixième et une septième grossesses surviennent au delà et amènent des enfants à terme, bien vivants et indemnes.

Un jeune homme se marie deux ans après avoir contracté une syphilis pour laquelle il ne s'est traité que deux mois. — Sa femme reste saine et devient enceinte six fois. — Six fois elle avorte. — Alors, sur avis médical, le mari et la femme (bien que saine) sont soumis au traitement mixte (mercure et iodure) pendant une année. — Un an plus tard, nouvelle grossesse, laquelle amène un enfant vivant et sain.

2° De même, en second lieu, le traitement corrige l'*hérédité maternelle*.

Exemples :

Une femme syphilitique se marie avec un homme sain. Elle accouche, en 1885, d'un enfant syphilitique, qui meurt à trois mois. — Elle redevient enceinte en 1886. — Je la traite énergiquement pendant tout le cours de sa grossesse. Résultat : naissance à terme d'un enfant sain.

Une femme reçoit la syphilis d'un premier mari et ne se traite que d'une façon éphémère. — Devenue veuve, elle se remarie à un homme sain et conçoit de cet homme plusieurs enfants qui ou bien meurent *in utero*, ou bien naissent avec la syphilis. — Elle se traite alors d'une façon sérieuse et prolongée. — Après traitement, trois enfants sains.

3° Enfin, cette même influence ne s'exerce pas moins sur l'*hérédité mixte*.

Très communément, en pratique, on rencontre des faits se résumant en ceci :

Deux époux syphilitiques commencent par engendrer un ou plu-

sieurs enfants qui ou bien meurent avant de naître, ou bien naissent syphilitiques. — Ils se traitent ; et alors les enfants qu'ils procréent ultérieurement viennent à terme vivants et sains.

Exemples :

Un jeune homme, syphilitique depuis trois ans, se marie. — Sa femme, devenue enceinte presque immédiatement après le mariage, ne tarde pas à présenter des manifestations spécifiques non douteuses, très probablement dues à une infection conceptionnelle. — Elle accouche d'un enfant syphilitique, lequel est affecté des accidents les plus graves et n'échappe à la mort que par miracle, grâce à un traitement des plus énergiques. — Alors, le jeune ménage se soumet à un traitement intense, très méthodiquement suivi. — Surviennent au delà deux grossesses qui amènent deux enfants sains.

Thompson Forster a cité le cas suivant : Un homme contracte la syphilis en 1862 et se marie en 1865, après ne s'être qu'insuffisamment traité. Surviennent, en 1865 et 1866, deux grossesses qui se terminent ainsi : la première par avortement, et la seconde par naissance, à sept mois, d'un enfant qui présente des manifestations multiples de syphilis et meurt au cours de la dixième semaine. — Devenu veuf, cet homme contracte un second mariage en mai 1872 (c'est-à-dire dix ans après le début de sa syphilis). Sa femme devient enceinte en juin ; bientôt elle est affectée de roséole, maigrit, s'affaiblit, et avorte en novembre d'un enfant syphilitique. — Alors les deux époux se traitent. — Et deux nouvelles grossesses amènent à terme des enfants bien portants.

Donc, quelle qu'en soit la provenance, l'hérédité syphilitique est profondément modifiée, corrigée, voire annihilée par le traitement spécifique.

Et ce n'est pas tout. Car telle est l'importance pratique du sujet actuel que je me garderai de passer sous silence deux autres considérations essentiellement propres à compléter la démonstration que je poursuis.

1° Il est des cas néfastes (on le sait de reste par ce qui précède) où l'influence héréditaire syphilitique s'étend d'une façon inexorable à toute une longue série de grossesses, à quatre, six, huit, dix grossesses, si ce n'est même parfois à un plus grand nombre. Or, on a vu une série ininterrompue de tels désastres être coupée net par l'intervention du traitement.

Exemple, dû à Notta :

Une femme contracte la syphilis. — Consécutivement, elle fait *huit* fausses couches, sans parvenir à amener un enfant à terme. — Alors elle se soumet à un traitement mercuriel prolongé. — Devenue enceinte de nouveau, elle accouche d'un enfant à terme, bien portant, « lequel, dit l'auteur de l'observation, est actuellement âgé de

cinq ans et n'a jamais présenté la moindre trace de syphilis. »

Ainsi, huit grossesses malheureuses, tant que le traitement n'intervient pas. — Puis, le traitement intervient, et tout aussitôt une grossesse se termine d'une façon heureuse. — N'est-ce pas encore ici le cas de dire : Quoi de plus probant?

2° Eh bien, il est quelque chose de plus probant encore, que voici :

C'est qu'une influence provisoire, même simplement *provisoire*, du traitement spécifique a pu quelquefois conjurer *provisoirement* les effets de l'hérédité syphilitique.

Ainsi, il peut suffire, pour qu'un enfant naisse sain de parents syphilitiques, qu'au moment de la procréation les parents se trouvent soumis à l'influence du mercure.

Quelque singulier, quelque paradoxal, quelque inexplicable surtout que paraisse un tel fait au premier abord, il n'en est pas moins authentique. Il ressort en toute évidence d'un certain nombre d'observations bien étudiées et semblant irréprochables.

Tel est, par exemple, le cas suivant, relaté par Turhmann (de Schœnfeld) et qu'on peut qualifier en l'espèce d'observation modèle :

Une femme syphilitique commence par avoir sept grossesses, pendant lesquelles elle ne se traite pas. Sept fois elle accouche d'enfants syphilitiques, qui ne tardent pas à mourir.

Devenue enceinte une huitième et une neuvième fois, elle se traite au cours de ces deux grossesses. Chaque fois elle accouche d'un enfant *sain*, bien portant.

Survient une dixième grossesse. Cette fois, cette femme, se considérant comme guérie, ne se traite pas. Elle accouche d'un enfant *syphilitique*, qui meurt à six mois.

Finalement, une onzième grossesse, dans le cours de laquelle intervient le traitement, amène un enfant *sain* (1).

Ce fait aurait été inventé de toutes pièces, imaginé théoriquement pour les besoins de la cause, qu'en vérité il ne pourrait être plus démonstratif (2).

Conclusion pratique. — Acceptons donc ceci comme règle de conduite dérivant des considérations qui précèdent :

Il y a obligation pour le médecin à prescrire le traitement spécifique (et c'est ici le *mercure* qui constitue le remède par excellence, l'iodure de potassium étant bien loin de présenter les mêmes garanties de succès) dans les diverses conditions suivantes :

(1) Voy. *Gazette médicale*, 24 juin 1843.

(2) Pour ma part, j'ai dans mes notes quelques observations de même genre, relatives à des parents syphilitiques qui ont engendré tour à tour des enfants sains à l'époque où ils s'étaient préalablement soumis à un traitement spécifique, et des enfants syphilitiques durant une période où ils ne se traitaient plus.

Le même fait a été également remarqué par Kassowitz, par Taylor, et d'autres médecins. — Voy. *Syphilis et mariage*, 11e édit., p. 211.

1° Au cours de toute grossesse survenue sur une femme affectée de syphilis secondaire;

2° Au cours de toute grossesse survenue (n'importe l'âge de l'infection) sur une femme dont la syphilis peut être jugée non éteinte (par exemple, en raison d'un traitement insuffisant ou d'accidents spécifiques de date peu distante);

3° Au cours de toute grossesse survenue sur une femme même saine, mais issue d'un homme à syphilis récente ou bien à syphilis pouvant être jugée non éteinte;

4° Au cours de toute grossesse survenue sur une femme syphilitique ou même sur une femme saine, mais conjointe d'un mari syphilitique, si cette femme a déjà fait une ou plusieurs fausses couches non motivées et non dûment motivées par une cause autre que la syphilis (1).

Prescrire le mercure en pareil cas est, je ne saurais assez le dire, un *devoir professionnel* pour le médecin, en vue de sauvegarder la grossesse et l'enfant.

Comme digression, qu'on me pardonnera en raison de l'importance du sujet, j'ajouterai même ceci :

Il n'est pas très rare de rencontrer en pratique des femmes qui font des fausses couches multiples *sans raison*, au point de sembler incapables de mener une grossesse à terme. Vainement on s'efforce de rechercher la syphilis chez ces femmes, et on ne la trouve pas. Vainement on s'efforce aussi de rechercher la syphilis chez leurs maris, et on ne la trouve pas davantage. Eh bien, en pareille occurrence, le médecin est-il autorisé à tenter *quand même* et à titre d'essai le traitement spécifique? Depaul n'hésitait pas à conclure par l'affirmative, et je me souviens lui avoir entendu dire plusieurs fois ceci : qu'après une série de fausses couches auxquelles on n'a pu trouver de cause, le médecin est autorisé à *prescrire empiriquement la médication spécifique*, médication d'ailleurs inoffensive quand elle tombe à faux, pourvu qu'elle soit prudemment instituée. Nul doute, me semble-t-il, que cette pratique de Depaul ne soit rationnelle et légitime. Elle a été acceptée par nombre d'accoucheurs contemporains, tels que MM. Tarnier (2), Pinard, Budin, Porak, Ribemont-

(1) J'ai dû me borner ici à un énoncé sommaire des indications du traitement mercuriel au cours de la grossesse. Pour une étude plus approfondie de cette importante et très complexe question, force m'est de renvoyer le lecteur à mon livre sur *L'hérédité syphilitique*. Paris, G. Masson, 1891.

(2) « Pour ma part, mon siège est fait sur ce point, me disait, ces derniers jours encore, mon éminent collègue et excellent ami le professeur Tarnier. Lorsqu'une femme a fait plusieurs fausses couches et que je ne trouve, après examen complet, aucune raison à ces fausses couches répétées, je mets en cause la syphilis et prescris empiriquement le traitement spécifique tant à la femme qu'à son mari ; et je le prescris alors même que les antécédents du mari et de la femme sont absolument muets, négatifs, par rapport à la syphilis. Et bien m'en a pris d'adopter

Dessaignes, Maygrier, Bar, etc. Elle a fourni de bons, d'excellents résultats. Pour ma part, je la préconise depuis plus de vingt ans.

VIII. — Le traitement mercuriel de la syphilis au cours de la grossesse est bien loin d'avoir été toujours agréé des médecins et des accoucheurs. De nos jours même il n'a pas trouvé grâce devant certains praticiens. Besoin est donc de répondre aux objections qu'on lui a opposées.

La doctrine ancienne était de *ne pas traiter les femmes syphilitiques en état de grossesse*. De parti pris et au nom des principes, on ne les traitait pas, parce que l'on considérait le mercure comme « un abortif » ; tout au plus les plus hardis consentaient-ils à les traiter « quand une grossesse un peu avancée semblait pouvoir donner l'espérance qu'elle résisterait à l'action abortive du mercure ». Si bien que, lorsqu'une malheureuse syphilitique en état de grossesse venait implorer le secours de son médecin, celui-ci se bornait à lui donner le peu consolant avis « qu'on ne pouvait rien pour elle quant à présent, et qu'elle eût à patienter jusqu'à une époque voisine de son accouchement, voire jusqu'après son accouchement ».

A ce point de vue, une observation que nous a léguée Mauriceau est des plus curieuses et des plus instructives, parce qu'elle traduit avec une vérité photographique l'état des esprits et des doctrines médicales à l'époque où exerçait le grand accoucheur. La voici en abrégé :

Une jeune femme de vingt ans, ayant eu « la maladie vénérienne », était accouchée avant terme d'un enfant mort et « tout pourry de vérole ». — Devenue enceinte une seconde fois en l'an 1660, elle fut prise, vers le troisième mois de sa grossesse, « de quantité d'ulcères malins sur tout le corps et particulièrement aux deux mamelles ». Appréhendant que lesdits ulcères ne se convertissent en *cancer* avant qu'elle eût atteint le terme de sa grossesse et voulant porter son enfant à bien, elle résolut de « *risquer sa vie* » en cet état pour se faire traiter. « Elle communiqua donc son dessein à trois ou quatre chirurgiens, ne leur célant pas qu'elle était grosse, lesquels ne voulurent jamais la traiter pour ce sujet, nonobstant qu'elle les en requît et qu'elle leur promît de bien les payer. Chacun d'eux luy dit que sa conscience y serait engagée, s'il le faisait en l'état qu'elle estait, et qu'il serait bien à propos qu'elle *patientât* au mieux qu'elle pourrait jusques à ce qu'elle fût accouchée ; après quoy ils l'entreprendraient volontiers ». Si bien que, voyant qu'elle ne trouverait personne pour la traiter dans l'état où elle se trouvait, elle prit le

cette pratique, car j'ai vu nombre de cas où, après ce double traitement et, sans nul doute, de par ce traitement, des femmes éprouvées par une série de fausses couches d'origine indéterminable ont mené leurs grossesses à terme et donné le jour à des enfants vivants, sains, bien portants. » (Communic. orale.)

parti de s'adresser à un autre chirurgien, auquel elle *dissimula soigneusement sa grossesse*, « qui, pour n'estre que de trois mois, ne paraissait pas pour lors ». Celui-ci, trompé, la traita en la manière ordinaire, la fit saliver, et la guérit... « Aussi, quand elle vint à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches, je l'accouchay à terme d'un enfant sain, aussi gros et gras et aussi sain que si sa mère n'eût jamais eu en tout son corps aucune tache de cette maladie (1), etc. »

Ainsi, en 1660, une femme syphilitique ne trouvait pas un chirurgien pour la traiter par ce fait même qu'elle était enceinte !

Il est vrai, soit dit à la décharge de nos arrière-aïeux, que, deux siècles plus tard, en 1840, un chirurgien éminent soutenait, et cela à la tribune de l'Académie de médecine, la néfaste doctrine d'après laquelle « la syphilis abandonnée à elle-même ne serait pas une cause d'avortement aussi puissante qu'on le croit, et que l'avortement se produit surtout sur les femmes traitées par le mercure » ! Il est non moins vrai que, de nos jours même, ce préjugé n'est pas absolument éteint et que certains de nos confrères ou bien se refusent à soumettre au mercure une femme enceinte ou bien ne se résignent à lui administrer ce remède qu'à doses assez minimes pour rester sans effet.

Venons au fait. Somme toute, que craint-on donc du mercure par rapport à la grossesse ? Trois griefs lui sont surtout imputés, à savoir :

I. — « Il court risque, dit-on, de produire l'avortement; et la preuve, c'est qu'on voit avorter des femmes qui ont pris ou qui prennent actuellement du mercure ». — Sans doute, répondrai-je,

(1) Et l'éminent accoucheur ajoute :

«... Cet exemple, qui est très véritable, nous fait connaître qu'on peut bien traiter de la vérole la femme grosse... ; car c'est sans contredit que, si cette femme n'en eût été pansée, elle eût accouché cette seconde fois d'un enfant corrompu, comme elle avait fait la première. Récitant un jour cette histoire à un chirurgien de mes amis, il me dit qu'il avait aussi vu la mesme chose réussir à deux différentes personnes, qui en avaient été fort bien guéries, dont les enfans estaient pareillement bien venus à terme, sans avoir eu dans tout leur corps aucune impression de ce venin. Et je suis témoin oculaire de trois autres différentes femmes grosses, que MM. de la Bastie et Ruffin, mes confrères, ont traitées de la sorte, lesquelles ont esté pareillement bien guéries et sont accouchées heureusement d'enfants qui se portaient bien.

«... Je sçay bien que plusieurs personnes auront de la peine à se persuader non seulement qu'il soit possible de guérir une femme de la vérole pendant qu'elle est grosse, mais aussi qu'elle et son enfant en puissent supporter les remèdes, sans les exposer l'une et l'autre au *danger presque inévitable de la mort* ; néanmoins les expériences que j'en ay vues font que je ne suis pas de leur sentiment... Il est aisé de se persuader que les femmes peuvent bien résister à ces remèdes quoique grosses, puisque nous en voyons très souvent avoir des fièvres continues pendant des douze et quinze jours, et d'autres maladies aiguës, pour raison de quoy elles sont saignées des neuf et dix fois et usent de plusieurs autres remèdes selon que la nécessité le requiert, lesquelles, nonobstant tout cela, ne laissent pas quelquefois de porter leur enfant jusqu'à terme et d'en accoucher aussi heureusement que si elles n'avaient eu aucun accident. » (Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, 3e édit., 1691, p. 174 et suiv.)

on voit des femmes syphilitiques avorter après ou pendant un traitement par le mercure. Mais que prouve cela? L'avortement s'est-il produit, en pareil cas, du fait ou en dépit du mercure? On accuse le remède, mais pourquoi ne pas s'en prendre plutôt à la maladie? Car le pouvoir abortif du remède n'est qu'une pure hypothèse, tandis que le pouvoir abortif de la maladie est une réalité. Inculper le mercure et innocenter la syphilis est contraire à toute logique, alors surtout que de l'observation dérive ce triple enseignement, à savoir: que la syphilis est un facteur énergique d'avortement; — que quantité de femmes syphilitiques avortent sans avoir jamais absorbé un atome de mercure; — que très fréquents sont les cas où une série de fausses couches prélude au traitement mercuriel pour être suivie de grossesses normales après mercurialisation, etc.

Au surplus, inutile d'insister sur ce point, qui ne supporte plus discussion. La science est fixée à cet égard, et je conclurai en disant:

1° Le mercure ne réussit pas toujours à conjurer l'avortement chez les femmes syphilitiques ou dans les grossesses issues d'un géniteur syphilitique; — mais rien ne démontre qu'il y contribue jamais, alors, bien entendu, qu'il est administré sagement, à doses thérapeutiques, à doses non susceptibles de développer des phénomènes d'intoxication.

2° Loin d'être un abortif en pareille occurrence, le mercure constitue, tout au contraire, l'agent prophylactique par excellence de l'avortement.

II. — « Le mercure, a-t-on dit en second lieu, est dangereux par les *troubles gastriques* qu'il peut ajouter à ceux de la grossesse. »

Oui, sans doute, il pourrait être dangereux de la sorte par imprudence ou inexpérience du médecin, par excès de doses, par mauvais choix du composé mercuriel, etc. Mais, administré d'une façon prudente, sagace, à doses proportionnées à la tolérance individuelle, il ne court pas plus risque d'offenser les fonctions gastriques qu'en état de vacuité de l'utérus. Par exemple, le protoiodure, préparation douce, est généralement bien toléré par les femmes enceintes, à la dose quotidienne de 5 centigrammes, au besoin divisée en deux prises.

Que si, d'ailleurs, la médication interne paraissait déterminer ou exagérer des troubles gastriques, resterait toujours la ressource des méthodes externes, frictions ou injections. La méthode des frictions, en particulier, a été vivement préconisée par quelques médecins comme spécialement favorable au traitement de la syphilis pendant le cours de la gestation.

III. — En troisième lieu, on a supposé, cela sur des vues théoriques, que le mercure pouvait être dangereux « en ajoutant son *action anémiante* propre à l'anémie, à l'hydroémie de la grossesse ». Eh bien, jamais, quant à moi, je n'ai vu l'anémie de la grossesse s'accroître

par le fait d'un traitement mercuriel prudemment administré. Et, d'autre part, quant à l'anémie spécifique, il est aujourd'hui reconnu qu'elle a son véritable remède, son spécifique, dans le mercure. On a dit avec toute raison qu'au point de vue des phénomènes de déglobulisation « *le mercure est le fer de la vérole* ».

Donc, en définitive, aucune objection sérieuse ne contre-indique le traitement mercuriel au cours de la grossesse ; — et, d'autre part, ce traitement constitue, je ne crains pas de le répéter encore, la meilleure sauvegarde pour l'enfant.

IX. — Enfin, la syphilis est-elle l'origine de quelque complication relativement à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches?

I. — Je n'ai plus à répéter, après ce qui précède, que la syphilis menace et menace très gravement la grossesse de par les risques d'avortement ou d'accouchement prématuré qui dérivent de son influence sur le fœtus et sur la mère. Cela n'est que trop démontré par expérience journalière.

J'ajouterai seulement qu'elle la menace aussi par l'intermédiaire d'un autre accident, à savoir l'**HYDRAMNIOS**. Déjà et de très vieille date, dans mes Leçons de Lourcine, j'avais émis cette idée que l'hydramnios est d'observation trop fréquente chez les femmes syphilitiques pour n'être pas en relation de causalité avec la syphilis. Depuis lors, cette relation a été démontrée par une foule d'observations ; elle est, je puis le dire, généralement acceptée de nos jours. — Je me borne ici simplement à signaler ce fait, dont l'étude trouvera place dans une autre partie de cet ouvrage.

II. — Il n'est pas impossible que la syphilis apporte un trouble à l'évolution mécanique de l'accouchement, et cela pour des raisons diverses telles que : hydramnios ; — dystrophies et monstruosités fœtales (telles que l'hydrocéphalie, par exemple) pouvant résulter de l'hérédité spécifique (1) ; — rigidité du col, pouvant dériver d'un chancre utérin (2), etc.

Mais ce ne sont là que des accidents rares, et il ne sera pas inutile de spécifier en particulier que les plus communes de toutes les manifestations secondaires génitales, à savoir les syphilides vulvaires, n'ont jamais apporté le moindre obstacle ni par elles-mêmes ni par leurs cicatrices aux phénomènes mécaniques de la dilatation (Professeur Pinard et Dr Wallich, *note communiquée*).

III. — Quant aux suites de couches, les femmes syphilitiques sont-elles plus exposées que d'autres aux accidents et aux dangers multiples de la puerpéralité? — Oui, mais dans une bien faible mesure. — Détaillons.

(1) Voy. *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, par Edmond Fournier, thèse de Paris, 1898.

(2) Voy. p. 130.

1° On les avait dites sujettes à une *hyperthermie post partum* exclusivement imputable à leur état de syphilis, c'est-à-dire à une sorte de fièvre syphilitique déterminée par l'accouchement. Le fait est exact en ce sens qu'on voit parfois des femmes syphilitiques être prises, quelques jours après la parturition, d'accidents fébriles intermittents ou continus, « qu'après mûr examen force est de rapporter à la syphilis par absence de toute autre cause ». Mais quelle est la fréquence de tels cas? Primitivement, on l'avait fort exagérée; puis, par réaction, on l'a fort abaissée. Le Dr Cousin l'évalue approximativement à 6 ou 7 p. 100. — Cette fièvre, au reste, n'a jamais présenté de gravité.

2° Théoriquement on était presque autorisé à croire que les *métrorrhagies* puerpérales doivent être plus ou moins fréquentes chez les femmes syphilitiques, cela en raison des altérations subies par le sang et des modifications survenues dans l'état général. L'expérience n'a pas confirmé cette prévision. Certes, on a bien cité quelques cas où des métrorrhagies de cet ordre survenues chez des femmes syphilitiques n'ont pu être imputées qu'à la syphilis; mais c'est là un genre d'accidents tout à fait rare.

3° Il semblerait de même, et pour des raisons semblables, que la syphilis dût être une prédisposition aux *phlegmasies péri-utérines* et aux accidents d'*infection*. En réalité, il n'en est rien, et ces complications ne paraissent que bien faiblement supérieures en fréquence chez les femmes syphilitiques à ce qu'elles sont chez les autres femmes.

C'est même un fait curieux que de voir des malades présentant, au moment de leurs couches, d'abondantes plaques muqueuses génitales, c'est-à-dire offrant à la vulve de larges surfaces suppurantes, échapper aux accidents d'infection (1). Et, bien sûrement, ce n'est pas à l'antisepsie que cette immunité est toujours due; car très souvent on a observé ce fait sur de malheureuses femmes ayant accouché chez elles en dehors de tous soins médicaux, de toute hygiène, de toute précaution antiseptique, et cela alors qu'elles avaient les organes génitaux criblés de plaques muqueuses. « Les plaques muqueuses sont donc moins redoutables au point de vue de l'infection qu'on ne serait tenté de le croire. » (Cousin.)

« Toutefois, la syphilis exerce une action *indirecte* sur les suites de couches, alors qu'elle a déterminé la mort du fœtus et ouvert l'œuf... Dans ce cas, en effet, et cela qu'il s'agisse d'avortement, d'accouchement prématuré ou d'accouchement à terme, la délivrance reste presque toujours incomplète, et la caduque est retenue dans l'utérus, d'où elle ne s'élimine qu'avec lenteur. Or, pendant les lenteurs de cette élimination, cette caduque morte offre un terrain très favo-

(1) Voy. plusieurs faits de ce genre relatés dans la thèse du Dr Cousin (*Étude sur les suites de couches des syphilitiques*. Bordeaux, 1891).

rable et sans résistance à la pullulation des micro-organismes. Aussi bien [comme cela a été démontré par les chiffres de Brion (1) recueillis dans le service de M. le Professeur Pinard], la morbidité et la mortalité deviennent-elles plus accentuées pendant les suites de couches chez les femmes ayant eu une grossesse affectée dans son évolution par le fait de la syphilis. » (Dr Wallich.)

IV. — Quelques mots en particulier sur l'avortement syphilitique.

On sait que cet avortement diffère à trois titres des avortements d'autre provenance, à savoir : 1° parce qu'il amène de beaucoup le plus souvent (4 fois sur 6 environ) un *fœtus mort et macéré*, tandis que, dans les avortements d'un autre ordre, le fœtus est expulsé vivant d'une façon bien plus fréquente (2) ; — 2° parce que les *hémorrhagies antérieures* à l'expulsion du fœtus y sont rares, tandis qu'elles sont communes et parfois intenses dans les avortements d'un autre ordre ; — 3° parce que la *délivrance* y est spontanée et relativement facile.

Aussi bien l'avortement syphilitique est-il ce qu'on peut appeler un AVORTEMENT HEUREUX, en ce sens qu'il ne comporte qu'une mortalité de 2 p. 100, tandis que la mortalité des avortements d'autre provenance est de 3,39, en général (3).

« Et cependant il n'est pas à considérer comme un avortement sans gravité. Car, 9 fois sur 52 cas, il a comporté des suites de couches pathologiques. Une fois même il a déterminé la mort. » (Wallich) (4). Or, je le répète, le danger qui lui est inhérent procède de la *mort du fœtus antérieure à l'expulsion*. « Car si, l'enfant étant mort, l'œuf vient à se rompre, le fœtus se putréfie rapidement, et, pour peu que l'expulsion tarde alors à se faire ou à être provoquée, on peut voir se produire des accidents de septicémie extrêmement graves. »

V. — Rien à dire sur l'involution utérine, qui ne semble nullement influencée par l'état syphilitique.

X. — Enfin, réciproquement, l'accouchement exerce-t-il une influence sur l'évolution et l'allure de la syphilis ?

On a dit que l'accouchement constitue un « traumatisme génital

(1) BRION, *Étude critique sur 530 cas d'avortement*, thèse de Paris, 1892.

(2) Ainsi, dans la statistique du Dr Brion, nous trouvons ceci :

Avortements terminés par expulsion de fœtus vivants et morts.

	Fœtus vivants.	Fœtus morts.
Avortements par insertion vicieuse.....	48	15
— par syphilis.....	10	40

(3) On sait d'ailleurs que, d'une façon générale, l'avortement comporte des dangers sérieux et une mortalité plus considérable que celle de l'accouchement prématuré ou à terme.

(4) Dr VALLICH, *De l'avortement dans la syphilis* (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1893).

susceptible de réagir sur la syphilis à la façon des traumatismes vulgaires », c'est-à-dire de déterminer des accidents nouveaux, des poussées nouvelles, voire « d'imprimer à l'évolution ultérieure de la maladie une allure plus accentuée et plus sérieuse ». Comme témoignages, on a cité des cas où l'on a vu la délivrance être suivie soit immédiatement (c'est-à-dire à distance de quelques jours) de poussées nouvelles avec fièvre, roséole, céphalée, plaques muqueuses, etc., soit, à échéance plus distante, d'accidents plus ou moins sérieux.

Je demanderai d'abord si de tels faits ont bien la signification qu'on leur prête. En second lieu, ils sont certainement rares, et je les tiens même pour contraires aux résultats usuels de l'observation. Il est exceptionnel en effet, au moins d'après ce que j'ai vu, que la terminaison de la grossesse soit l'occasion d'une poussée nouvelle de la maladie et surtout d'une poussée traduisant ou semblant traduire une exacerbation, une aggravation de l'état infectieux.

Bien plus habituellement, au contraire, de deux choses l'une :

Ou bien la terminaison de la grossesse ne se signale par quoi que ce soit d'appréciable, c'est-à-dire reste *indifférente* sur l'évolution morbide ;

Ou bien elle correspond (alors surtout que la grossesse a été plus ou moins incidentée par diverses manifestations) à une sorte de *détente*, de sédation, de mieux-être local et général.

« Localement, d'abord, comme je le disais dans l'une de mes Leçons de Lourcine, la terminaison de la grossesse a pour effet de permettre aux syphilides vulvaires (s'il en existe à cette époque) de se résoudre et de se cicatriser comme à l'état de vacuité utérine. On sait que ces syphilides se montrent singulièrement tenaces et rebelles pendant la gestation; or, inversement, dès l'instant de la délivrance, elles redeviennent ce qu'elles sont normalement, c'est-à-dire bénignes et rapidement curables. — Puis, et ceci surtout est le point essentiel à noter, l'état général se modifie parfois d'une façon des plus hâtives et des plus remarquables dès l'instant de la délivrance. Les forces se relèvent, le teint se ranime, l'appétit se réveille, l'éréthisme nerveux se calme, bref l'ensemble de l'habitus témoigne d'un mieux-être évident. On dirait une convalescence succédant à un état morbide plus ou moins sérieux. En un mot, dégagée de la complication d'une grossesse, la syphilis prend tout aussitôt une allure autre, une forme plus bénigne, et, sans perdre en rien ses droits pour l'avenir, subit du moins pour le présent une sédation marquée.

« Comme exemple de ce retour à la santé consécutivement à l'évacuation de l'utérus, je vous citerai le fait d'une malade que vous pourrez voir dans nos salles. Cette femme est entrée ici, il y a quelques semaines, pour des accidents assez sérieux de syphilis secondaire, compliqués d'une grossesse de quatre mois. Sans parler de syphilides cutanées et muqueuses assez confluentes, elle était

affectée de troubles nerveux et viscéraux multiples : céphalée, névralgies et douleurs névralgiformes, algidités périphériques, analgésie, fièvre spécifique de type continu, asthénie fonctionnelle générale, pâleur excessive, anémie profonde, inappétence absolue, intolérance gastrique, vomissements, palpitations, hystéralgie, etc. Dans un tel état, l'avortement était plus que probable ; il était presque fatal. Et, en effet, il ne tarda pas plus de trois semaines à se produire. Or, à peine délivrée, la malade commença à se trouver mieux ; elle reprit presque immédiatement un certain air de santé. La fièvre s'apaisa, les troubles gastriques s'amendèrent, les manifestations spécifiques, jusqu'alors rebelles pour la plupart, subirent une atténuation parallèle ; si bien qu'en l'espace d'une quinzaine l'état morbide se transforma du tout au tout. Cette femme était sérieusement affectée il y a quelques semaines; vous la trouverez presque bien portante aujourd'hui. »

I

Ce qui précède comprend l'exposé de tous les accidents dont l'ensemble compose ce que, conventionnellement, on appelle la syphilis secondaire.

Diverses questions d'ensemble et d'ordre plus général réclament actuellement notre attention.

I. — **La période secondaire est-elle fatale, obligatoire, dans l'évolution de la syphilis ?** C'est-à-dire : tout sujet qui contracte la syphilis est-il astreint obligatoirement à présenter tels ou tels des accidents dits secondaires ; ou bien peut-il franchir cette période secondaire en échappant à tous les accidents qui lui sont propres, pour aboutir directement à ceux d'une période plus reculée et d'ordre tertiaire ?

Cette question ne comporte pas une réponse unique, car divers ordres de cas doivent être ici distingués, à savoir : tout d'abord, ceux qui ont été abandonnés à leur évolution propre sans intervention du traitement spécifique ; — et ceux où, tout au contraire, un traitement préventif a été mis en œuvre dès le début de l'infection.

1. — Pour les premiers, l'entrée en scène de symptômes secondaires peut être dite *fatale* à la suite du chancre. (Réserve faite ici pour un ordre spécial de cas où l'invasion des accidents généraux se traduit d'emblée et dès les premières semaines par des manifestations d'ordre tertiaire. Les cas de ce genre composent ce qu'on appelle la *Syphilis maligne précoce* ou, mieux, la *Syphilis tertiaire d'emblée*. Ils ne sont pas en cause pour l'instant.)

La proposition que je viens d'énoncer ne laisse pas, certes, d'être contredite par les témoignages de nombreux malades. Il n'est pas rare, en effet, d'être consulté, à propos de manifestations indubitablement tertiaires, par des sujets qui déclarent avoir eu « un chancre » à telle ou telle époque, mais rien qu'un chancre, ne s'être pas traités et n'avoir été affectés d'aucun des accidents qui composent la syphilis secondaire. (Il n'est même pas très rare, d'ailleurs, de rencontrer des sujets qui, dans les mêmes conditions, renient tout accident antérieur, voire jusqu'au chancre.)

Mais on sait par expérience ce que valent les dépositions des malades en pareille matière et à quelles erreurs on serait conduit si l'on devait les accepter sans contrôle. En l'espèce, de telles dépositions

sont plus que suspectes ; je les déclare erronées, insignifiantes, non avenues, et je suis autorisé à les considérer pour telles de par les deux excellents motifs que voici :

1° C'est, d'abord, que, de l'aveu général, bon nombre des accidents secondaires sont merveilleusement faits pour passer inaperçus en raison de leur bénignité habituelle et de leur caractère spontanément résolutif, comme aussi pour être facilement confondus avec des symptômes d'ordre vulgaire. — De cela nous avons eu maintes preuves dans ce qui précède.

2° C'est, en second lieu, que les accidents secondaires ne font jamais défaut à la suite du chancre (ceci toujours en l'absence de traitement) alors que les malades sont sérieusement et médicalement observés. Il m'est arrivé des centaines de fois, pour une raison ou pour une autre, d'être forcé de différer l'administration du mercure pour un temps plus ou moins long sur des malades affectés de chancres que j'avais jugés dûment syphilitiques ; or, j'en suis encore à trouver un cas où l'invasion secondaire ait fait défaut à la suite d'un tel chancre non soumis au traitement spécifique.

L'expérience est acquise sur ce point.

Donc, sans insister davantage, je conclurai en affirmant que toute syphilis abandonnée à elle-même aboutit, consécutivement au chancre, à une étape qui se caractérise par l'ordre des accidents dits secondaires.

II. Mais le malade, je suppose, s'est traité, énergiquement traité dès le début du chancre, et il continue à se traiter de même au delà. Dans ces conditions, peut-il échapper à l'ordre des accidents secondaires ?

Oui ; cela s'est vu. On a cité des cas dans lesquels des sujets, ayant été soumis dès l'invasion du chancre au traitement spécifique et ayant continué à se traiter de la sorte pendant un temps plus ou moins long, n'ont jamais présenté le moindre symptôme d'ordre secondaire.

Mais les cas de cet ordre ne constituent qu'une exception tout à fait rare. Presque toujours, en effet, quoi qu'on fasse, la syphilis secondaire la mieux traitée, la plus énergiquement traitée, ne laisse pas de se traduire par quelques symptômes, symptômes assurément amoindris comme nombre et atténués comme forme, mais non moins authentiques pour cela comme nature. Ainsi qu'on l'a dit, toute syphilis, si bénigne soit-elle, si bien traitée soit-elle, a toujours « quelques éclaboussures secondaires » ; et heureux même les sujets qui en sont quittes à ce prix.

II. — La syphilis secondaire est-elle toujours semblable à elle-même d'un sujet à un autre ?

Non, certes, et tant s'en faut. — Il est bien vrai que, dans ses

formes moyennes et bénignes, qui, de beaucoup, sont les plus usuelles, elle se traduit presque toujours par le même ordre de manifestations, à savoir : roséole, papules cutanées, plaques buccales, adénopathies, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, léger éclaircissement de la chevelure, etc. ; d'où il suit que les syphilis de ce genre se ressemblent toutes plus ou moins. Mais il est non moins certain que la syphilis secondaire, comme nous le verrons bientôt, est susceptible de formes très variées, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus sévères, et que des différences considérables surgissent alors entre ces divers types.

Comme préambule à la question que nous allons débattre, est-il besoin de dire qu'une syphilis secondaire ne se compose jamais, au grand jamais, de la totalité des symptômes qu'elle serait capable de produire ? Ces symptômes, elle n'en comporte jamais, dans un cas donné, qu'une partie, une très faible partie. Or, cette partie est essentiellement variable d'un cas à un autre comme choix, comme *qualité* d'accidents, si je puis ainsi parler.

Nombre de malades, dans le récit rétrospectif de leur syphilis secondaire, se plaisent à dire qu'ils ont eu « tout ce qu'on peut avoir ». Prétention non justifiée et propos sans valeur. En réalité, si grave soit l'étape secondaire, si chargée puisse-t-elle être en accidents, elle n'inflige jamais à ses victimes qu'une fraction, une simple fraction de la somme intégrale des manifestations qui composent son bilan.

Or, d'autre part, la *qualité* de ces manifestations est éminemment sujette à variétés. Chez tel malade, par exemple, on observera une roséole, et, chez tel autre, une syphilide papuleuse, papulo-croûteuse, ou polymorphe ; — sur celui-ci, une alopécie notable, et, sur celui-là, des onyxis ; — ici, une iritis, et là des périostites ou des myosalgies ; — dans un cas, des céphalées intenses, et, dans un autre, des poussées fébriles ; — dans un troisième, des troubles nerveux, et, dans un quatrième, des troubles généraux de nutrition, etc., etc.

L'exemple suivant précisera mieux encore ces différences. Il est des syphilis secondaires où les éruptions cutanées abondent, surabondent, et se montrent triplement remarquables par leur confluence, leur intensité et leurs répétitions, alors que tous symptômes d'un autre ordre sont à la fois rares et légers. Ces syphilis ont même reçu un nom particulier ; on les appelle des syphilis **tout en dehors**. — Et, inversement, il en est d'autres où les manifestations cutanées sont rares, discrètes, superficielles, absolument bénignes, alors qu'y prédominent, au contraire, des troubles variés des systèmes splanchniques. — Quelle diversité de phénomènes et quelle variabilité de physionomie clinique !

Incidemment, j'ajouterai tout aussitôt que les raisons qui incitent de la sorte la syphilis secondaire à faire élection de tels symptômes

et non de tels autres, les raisons qui dirigent ses décharges vers tel système organique de préférence à tel autre, sont loin de pouvoir être spécifiées. Nous en connaissons bien quelques-unes assurément, telles que l'excitation buccale du tabac, qui appelle les syphilides sur la muqueuse buccale ; — l'alcoolisme, qui multiplie et intensifie les syphilides cutanées ; — les prédispositions héréditaires, qui réagissent suivant leur modalité propre ; — le tempérament nerveux, qui éveille les névroses, qui en crée même de toutes pièces ; — et quelques autres aussi qui ont été signalées précédemment dans les divers chapitres auxquels elles sont afférentes. Mais, pour quelques-unes qui ont pu être déterminées, combien d'autres nous échappent encore ! Quelle est la raison, par exemple, de l'iritis, des onyxis, des périostites, des ténosites, des myosalgies, de la céphalée, des poussées fébriles, de la typhose, et de tant d'autres manifestations secondaires ? Quelle prédisposition spéciale inflige à tel sujet la syphilide palmaire et en exempte tel autre ? Pourquoi, chez celui-ci, la chevelure reste-t-elle indemne, tandis qu'elle est décimée chez celui-là ? Etc., etc. — Toutes ces variétés, toutes ces diversités et inégalités symptomatologiques, nous ne faisons encore que les constater cliniquement, sans avoir l'ombre d'une interprétation plausible à leur attribuer.

Quoi qu'il en soit, un autre fait reste constant : c'est l'*extrême inégalité de fréquence* des divers accidents secondaires, dont les uns sont extraordinairement communs, les autres simplement usuels, d'autres plus rares, d'autres décidément rares, d'autres, enfin, tout à fait exceptionnels, etc.

Si bien que de cette variabilité possible de symptômes cliniques dérivent pour la maladie des modalités différentes, modalités constituant sans exagération de véritables *formes morbides* et susceptibles d'être caractérisées comme il va suivre.

II

FORMES DIVERSES DE LA SIPHILIS SECONDAIRE.

Si diverses et si complexes puissent être les combinaisons suivant lesquelles les manifestations extrêmement multiples de la syphilis secondaire sont susceptibles de s'associer et de se grouper, il n'est pas impossible néanmoins de les astreindre à une certaine classification. Assez naturellement, je crois, on parvient à les répartir en cinq groupes, de la façon suivante :

1° Forme *moyenne* ou *commune* ;

2° Forme *légère* ;

3° Forme *sévère* ;

4° Forme *nerveuse* ;

5° Forme *légère récidivante.*

Chacune de ces formes a son allure, sa physionomie propre, comme on va le voir.

1° La FORME MOYENNE est de beaucoup la plus fréquente. C'est elle qu'on rencontre journellement et en grand nombre soit en ville soit à l'hôpital ; c'est elle qui constitue le type usuel, courant, de la syphilis secondaire.

Elle consiste dans l'association ou la succession des divers symptômes que voici : roséole (manifestation presque fatale, tant elle est usuelle) ; — syphilide papuleuse, de confluence au plus moyenne et de modalité éruptive bénigne ; — papules isolées, sur tels ou tels points (scrotum, verge, lisière du cuir chevelu, face palmaire des mains, etc.) ; — éruption acnéiforme discrète du cuir chevelu ; — alopécie légère et non durable ; — adénopathies cervicales, mastoïdiennes, péripharyngées ; — douleurs vagues des membres ou de la tête, notamment en coïncidence avec l'explosion secondaire ; — et surtout, par-dessus tout, comme manifestations de fréquence ultra-prédominante, comme manifestations souvent plus communes à elles seules que toutes les autres réunies, *plaques muqueuses buccales*, d'ailleurs variables d'intensité et de récidivité suivant les habitudes tabagiques du malade.

Tel est, je le répète, le bilan usuel de la syphilis secondaire, et telle en est la physionomie dans ses formes de beaucoup les plus communes.

2° FORME LÉGÈRE. — Celle-ci n'est que l'atténuation du type précédent.

Ce qui la caractérise est ceci :

Petit nombre de manifestations ; — et manifestations du type le plus mitigé, telles que : syphilides de modalité érythémateuse, à peine semées de quelques papules ; — croûtelles du cuir chevelu, avec alopécie insignifiante ou presque nulle ; — quelques adénopathies, assez légères pour passer le plus souvent inaperçues ; — et surtout encore plaques muqueuses, notamment l'inévitable plaque muqueuse buccale dérivant du tabac.

A ce dernier propos, je dirai même qu'il est nombre de malades pour lesquels la syphilis consiste presque exclusivement en ceci : la plaque muqueuse buccale. Que de fois n'ai-je pas entendu mes clients me dire : « Mais la vérole, docteur, ce ne serait rien sans ces maudits accidents de la bouche, dont on ne vient jamais à bout ! » Ils oubliaient d'ajouter : « dont on ne vient jamais à bout lorsque l'on continue à fumer, quoi que dise le médecin. »

Il y a plus. Ainsi, pour un certain nombre de cas, cette forme

mitigée de la syphilis mériterait presque le nom de **syphilis abortive** à force de bénignité. Très positivement, elle se réduit quelquefois (sous l'influence du traitement, à la vérité) à presque rien, c'est-à-dire à quelques éruptions à peine ébauchées et quelques érosions buccales.

En tout cas, il est indéniable que la syphilis secondaire se restreint parfois à un très petit nombre de symptômes, voire à un seul ordre de symptômes (syphilides cutanées ou syphilides muqueuses), voire à un seul symptôme ! Elle pourrait même, s'il fallait en croire les malades sur leurs déclarations, rester absolument muette et ne se trahir par aucune manifestation. De cela voici la preuve.

Sur un total de 3 876 malades (hommes) que j'ai traités en ville pour des accidents de syphilis tertiaire, j'ai soigneusement recherché quelle avait été sur eux la syphilis secondaire, c'est-à-dire j'ai essayé d'établir si cette syphilis secondaire avait été bénigne, moyenne ou sévère, quel nombre et quelle qualité de symptômes l'avaient constituée, etc. Or, sur ce nombre, je n'ai pas noté moins de 183 cas dans lesquels la période secondaire s'était réduite au minimum possible de bénignité, voire s'était réduite à néant. En effet :

23 de ces malades déclaraient n'avoir eu, en tant qu'accidents secondaires, que des plaques muqueuses (et presque toujours, des plaques muqueuses buccales) ;
3 même disaient n'avoir eu qu' « une fois une ou quelques plaques muqueuses » ;
7 accusaient comme antécédents « une roséole et des plaques muqueuses » ;
7 affirmaient « n'avoir jamais eu que la roséole, et rien autre » ;
4 n'avaient jamais éprouvé de la syphilis secondaire « qu'un peu d'alopécie » ;
et 139 prétendaient formellement n'avoir jamais eu, à la suite de leur chancre, le moindre accident secondaire.

Total : 183

183 sur 3 876, cela donne une proportion de 4,7 p. 100. D'où il suit que :

Dans une proportion de 5 p. 100 environ, l'étape secondaire peut être ou insignifiante ou silencieuse comme manifestations, ou tout au moins (et cette formule sera plus près de la vérité, je pense) *n'être constituée que par des manifestations assez bénignes pour ne pas appeler sur elles l'attention des malades.*

Et cependant (que l'on note bien ceci incidemment) les 183 malades dont il vient d'être question, en dépit de la prodigieuse bénignité de leur syphilis secondaire, n'en ont pas moins abouti à des manifestations tertiaires plus ou moins graves, très graves même pour un certain nombre, voire mortelles quelquefois. D'où cette morale

à recueillir au passage : que la syphilis secondaire la plus insignifiante n'exclut en rien la possibilité du tertiarisme et du tertiarisme dans toutes ses formes, avec toutes les conséquences qu'il comporte ; — point majeur, point d'importance capitale, sur lequel j'aurai bien souvent à insister dans la seconde partie de cet ouvrage.

3° FORME SÉVÈRE. — Constituée, inversement, par tout ce que l'étape secondaire comporte de manifestations intenses, sérieuses et même parfois graves, à savoir :

Syphilides cutanées, à la fois remarquables et par une confluence inusitée et par une modalité éruptive tendant aux formes tertiaires (syphilides papulo-tuberculeuses, ulcératives, suppuratives, voire quelquefois syphilides malignes) ;

Syphilides ulcératives du tégument muqueux ; — laryngite ;

Iritis, compagne usuelle de ce qu'on appelle les « mauvaises » syphilis ; — ou même irido-choroïdite ;

Onyxis de formes intenses (pachyonyxis, elconyxis) ;

Périonyxis ;

Alopécie très accentuée, profuse, avec tendance à la généralisation ;

Affections osseuses (périostites, périostoses) ; — arthropathies ;

Accès fébriles, d'ordre spécifique ; — assez souvent même, typhose ;

Céphalée ;

Troubles généraux, traduisant une atteinte à la santé. — Atonie, langueur. — Asthénie de toutes les fonctions. — Anémie, affaiblissement, dénutrition. — En un mot, tous symptômes d'un organisme fortement touché par l'infection et périclitant comme état général, comme « santé ».

Cette forme sévère est assez rare. — Elle paraît servir de transition entre les syphilis de forme normale et d'autres syphilis bien plus graves dites *malignes précoces* (1).

4° FORME NERVEUSE, qu'on pourrait appeler encore forme *féminine*, car elle est à peu près exclusive à la femme.

Elle consiste dans l'association aux symptômes spécifiques usuels de toute une série de manifestations nerveuses, telles que les suivantes :

Éréthisme nerveux général ;

Douleurs névralgiques et névralgiformes ;

Asthénie ;

Troubles singuliers de la sensibilité générale (analgésie mammaire et dorso-métacarpienne) ;

(1) Je ne parle pas ici de ces syphilis malignes précoces, qui seront mieux à leur place dans la seconde partie de cet ouvrage.

Troubles afférents au système sympathique (algidités, sueurs, hyperidrose, arythmies cardiaques, boulimie, etc.);

Névroses hystériformes, épileptoïdes, etc. ; — surexcitation de névroses préexistantes, etc.

L'adjonction de tels phénomènes à la scène usuelle de la syphilis confère à l'étape secondaire une physionomie tout à fait insolite, constituant une forme propre, à nulle autre semblable, forme qui ne laisse pas de se présenter chez la femme avec un certain degré de fréquence.

5° FORME LÉGÈRE A RÉCIDIVES. — Celle-ci, peu remarquée jusqu'ici, bien que très remarquable, est tout à fait étonnante, voire extraordinaire comme évolution. Elle consiste sommairement en ceci : *une syphilis bénigne à retours incessants d'accidents bénins.*

La roséole est le type usuel qu'affectent ces retours. Et c'est de la sorte qu'on voit certains malades, bien qu'absolument épargnés par la syphilis à tout autre égard, présenter d'incessantes explosions de roséoles (roséoles, à la vérité, partielles et étonnamment discrètes) au cours des premières années de l'infection. Il y a plus encore : c'est que parfois ces récidives de roséole se prolongent bien au delà du terme normal de l'étape secondaire, à savoir jusqu'à la sixième, la dixième, la onzième année. (Voy. p. 290 et suiv.).

Les faits de ce genre sont à la fois trop insolites, trop curieux et trop peu connus pour que je n'en cite pas ici un exemple.

Syphilis légère. — Traitement prolongé. — DOUZE INVASIONS DE SYPHILIDE ÉRYTHÉMATEUSE *au cours des six premières années de la maladie.*

R..., âgé de vingt-huit ans. Bonne santé habituelle. Tempérament un peu lymphatique.

Chancre induré de la verge en juin 1893, avec adénopathie spécifique. Traitement par protoiodure (8 centigr. en moyenne quotidiennement pendant deux mois).

En octobre, syphilides amygdaliennes. — Reprise du traitement.

En novembre, *éruption roséolique*, extrêmement discrète, qui disparaît en quelques jours sous l'influence du traitement.

Au début de novembre, nouveau traitement. — Néanmoins, le 4 mai, le malade revient me montrer une *éruption roséolique*, consistant en une dizaine de taches éparses sur le thorax, taches d'un rose pâle, assez larges, non squameuses. — Reprise du traitement. — L'éruption s'efface en quelques jours. — On cesse le traitement en juin.

7 août. *Troisième éruption roséolique*, tout à fait semblable à la précédente. Maux de tête. — Reprise du traitement mercuriel. — Disparition rapide des accidents.

26 octobre. Le traitement a été continué jusqu'au 6 septembre. Néanmoins, depuis quelques jours, récidive d'une *éruption roséolique* extrêmement discrète, consistant en une quinzaine de taches rosées, très pâles, disséminées

sur le thorax et les membres. — Pilules de protoiodure. — L'éruption s'efface en moins d'une semaine.

Mai 1895. *Cinquième éruption roséolique*, exactement semblable aux précédentes, c'est-à-dire consistant en une douzaine (environ) de taches rosées, extrêmement pâles, non orliées, non prurigineuses, non squameuses, larges comme une pièce de 50 centimes, irrégulièrement orbiculaires, déchiquetées de circonférence. — Comme d'usage, le traitement spécifique dissipe cette éruption en moins d'une semaine. — Une dixième cure mercurielle (protoiodure, à 10 centigrammes par jour, pour six semaines) est suivie en octobre et novembre.

Néanmoins, le 26 décembre, retour d'une *éruption roséolique*, tout à fait identique aux précédentes et constituée par une vingtaine de taches disséminées sur le thorax.

Une *septième éruption* semblable se produit en mai 1896. Cette dernière consiste en une demi-douzaine de taches siégeant sur le thorax. A dessein, je n'institue pas de traitement. L'éruption demande quelques semaines pour s'effacer.

Le 6 juillet, invasion d'une *huitième éruption*, celle-ci plus importante et d'un caractère nouveau. Elle consiste en une vingtaine de taches de *roséole annulaire*, consistant en des ovales irréguliers, à contours brisés et à centre sain. Ces ovales mesurent d'un centimètre et demi à 2 centimètres dans leur grand axe. Ils sont de coloration rose, mais d'un rose très pâle, éteint, à ce point que l'éruption ne s'impose pas au regard du premier coup. Quelques-uns de ces anneaux ne deviennent appréciables qu'au prix d'un examen attentif et sous une certaine incidence de lumière. Le caractère spécifique de cet exanthème n'est pas un seul instant douteux.

Traitement à Uriage par frictions mercurielles.

Vers la fin de décembre, invasion de quelques nouvelles taches sur l'abdomen. Ces taches de modalité circinée (en ovale brisé) sont tellement atténuées comme coloration qu'elles me laissent quelques doutes. — A dessein, nul traitement n'est prescrit. — Mais, le 25 janvier 1897, il ne saurait subsister d'incertitude sur la qualité de ces taches qui se sont multipliées sur le thorax et les bras. — Donc, *neuvième roséole*, dont les éléments figurent pour la plupart des anneaux complets ou incomplets ; en outre, quelques taches simplement discoïdes. — Injections d'huile grise. — Disparition des taches en quelques jours.

1er juillet 1897. — *Dixième roséole*, de même nature, à anneaux prédominants. — Aucun doute possible sur la qualité spécifique de l'éruption. — Iodure de potassium. — Disparition des taches, mais beaucoup plus lente qu'avec le mercure.

15 octobre. — *Onzième roséole* ; taches circinées, toujours du type dit en anneau brisé ; quelques taches vaguement spiroïdes. — Reprise du traitement mercuriel (10 centigrammes de protoiodure comme dose quotidienne, pendant six semaines). — Nouveau traitement semblable en mai.

Enfin, en octobre 1898, *douzième invasion de roséole*. Celle-ci, extraordinairement discrète, se réduit à trois taches érythémateuses, roses, en anneau brisé, offrant environ le diamètre d'une pièce d'un franc.

Cette récidivité singulière peut encore se traduire sous d'autres formes.

De ces formes, la plus commune après celle qui précède consiste en des poussées multiples, indéfiniment récidivantes, de syphilides buccales. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades qui, bien qu'épargnés par la syphilis à tout autre égard, restent sujets *pendant une série d'années* à des poussées éruptives qui se portent invariablement et exclusivement sur la muqueuse buccale. Ces poussées affectent la langue le plus souvent, sous forme d'une série de petits îlots de *glossite dépapillante*, à surface rosée, lisse et non érosive. Traitées, ces syphilides disparaissent, mais pour reparaître à échéances plus ou moins rapprochées, et cela non pas une ou quelques fois, mais jusqu'à dix, quinze et vingt fois, si ce n'est même davantage.

Une autre modalité qu'affectent encore quelquefois ces syphilides récidivantes est constituée par une curieuse syphilide péri-buccale à laquelle sa faculté étonnante de repullulation a même valu le nom de *syphilide péri-buccale récidivante*. Cette syphilide, que j'ai signalée et baptisée de la sorte il y a déjà de longues années, est de type papulo-circiné. Elle décrit autour de l'orifice buccal (et plus souvent sur la lèvre inférieure que sur la supérieure) soit des anneaux complets, comparables à de petites bagues, soit plus habituellement des anneaux incomplets, brisés, des arcs de cercle, des croissants. Dans sa forme la plus pittoresque, elle consiste en une série de segments de cercle qui se réunissent bout à bout (forme dite *en arceaux conjugués*), en encadrant l'une des commissures buccales. Sans parler de cette physionomie objective qui la recommande à l'attention, elle doit surtout son autonomie à une très singulière faculté de récidive. On l'a vue se reproduire — et toujours au même siège, c'est-à-dire au pourtour de la bouche — non pas pour une ou quelques fois, mais jusqu'à cinq, six et huit fois au cours des premières années de l'infection. — A noter enfin qu'elle est d'observation bien plus commune chez la femme que chez l'homme.

Que sont de telles syphilis, à la fois bénignes et vivaces, à la fois rassurantes et décourageantes, rassurantes par la qualité anodine de leurs manifestations, décourageantes par leurs perpétuelles rentrées en scène? Et pourquoi ces rentrées en scène se font-elles toujours sous la même forme, toujours avec un même symptôme comme expression? Est-ce là un mode évolutif naturel, propre à certaines syphilis, ou bien n'est-ce là qu'un résultat artificiel du traitement (car les cas de cet ordre semblent être l'apanage de sujets qui se sont traités, voire longuement et correctement traités)? Toutes questions auxquelles il serait encore impossible de répondre. — Toujours est-il que ces syphilis bénignes à repullulations multiples d'un même ordre d'accidents présentent la maladie sous une forme tout à fait particulière non moins qu'originale.

III

DIAGNOSTIC.

Dans un chapitre antérieur, relatif au diagnostic des syphilides secondaires, j'ai longuement insisté pour établir que ce diagnostic doit reposer sur le concours de trois ordres de signes (signes propres à la dermatose, signes fournis par les symptômes contemporains, signes tirés des antécédents), et que cette triade de signes est absolument, rigoureusement exigible pour la sûreté du diagnostic. « En dehors, disais-je, du contrôle réciproque que se prêtent ces trois ordres de signes, pas de diagnostic absolument certain, formel, irrécusable. Car, si habile et si exercé que puisse être un médecin, il n'a jamais la certitude de se tenir à l'abri d'une erreur, alors qu'il établit son jugement sur un symptôme *isolé*. Un symptôme isolé reste toujours sujet à caution et peut toujours tromper ; tandis que ce qui ne peut tromper, c'est la considération d'un *ensemble*, d'une *série* d'accidents, d'une *évolution* pathologique. » (Page. 353.)

Eh bien, ce qui est vrai pour le diagnostic des syphilides secondaires ne l'est pas moins pour celui des accidents secondaires de tout genre et ne l'est pas moins (soit dit par avance) pour celui des accidents tertiaires. En sorte que la réflexion qui précède se trouve applicable d'une façon générale au *diagnostic de la syphilis*, quelles qu'en soient les manifestations et quelle qu'en soit la période.

Ce dernier diagnostic comporte en toute évidence un intérêt de premier ordre. Je ne craindrai donc pas d'ajouter à ce qui précède quelques commentaires, que j'emprunterai à l'une de mes leçons cliniques.

Comment et à quels signes reconnaître qu'un malade est entaché de syphilis? Sur quelles bases, en un mot, asseoir le diagnostic de la syphilis?

Le diagnostic général de la maladie repose d'abord, cela va sans dire, sur le diagnostic spécial de ses accidents. Tel accident est, je suppose, une syphilide, une iritis, une périostose, une alopécie d'origine dûment syphilitique ; donc, le malade qui en est affecté se trouve par cela même convaincu de syphilis. La syphilis est une cause qu'attestent ses effets, et cette cause, de toute évidence, ne saurait être révélée autrement que par les manifestations qui en dérivent.

Jusqu'ici, rien de spécial. Toute maladie en est là ; toute maladie se reconnaît à certains symptômes qui lui sont ou exclusivement ou plus particulièrement propres.

Mais ce en quoi la syphilis diffère, je ne dirai pas de toutes les maladies, mais de la plupart des maladies, c'est qu'elle ne s'accuse pas seulement par un certain nombre de symptômes particuliers ou communs ; c'est qu'elle s'accuse encore et surtout par un *ensemble morbide* et par une *évolution spéciale*. Je m'explique par un exemple.

Vous êtes consultés aujourd'hui, je suppose, par un malade affecté d'une exostose. Le seul fait de cette exostose et les détails symptomatologiques qui s'y rapportent vous conduisent déjà à soupçonner et même à affirmer presque certainement la syphilis. Mais vous allez voir que d'autres considérations peuvent vous servir à légitimer votre diagnostic et à l'étayer d'une façon des plus solides. Recherchez, d'une part, si votre malade ne présente pas d'autres manifestations syphilitiques *actuelles* ; remontez, d'autre part, aux *antécédents*, et informez-vous si d'autres accidents imputables à la syphilis n'ont pas précédé ceux que vous avez sous les yeux. Or, admettons, si vous le voulez bien, que coïncidemment avec l'exostose vous découvriez sur votre malade une syphilide palmaire ; cette autre manifestation ne vient-elle pas déjà fournir un appoint à votre diagnostic et corroborer votre jugement, en justifiant le soupçon de spécificité diathésique que vous étiez déjà tentés d'attribuer à cette exostose ? Oui, bien évidemment, n'est-ce pas? — Continuons, et admettons encore que votre malade, méthodiquement interrogé sur ses antécédents, vous raconte qu'il y a quelques années il a été affecté d'érosions buccales, d'angine avec ulcérations, de glandes au cou, de croûtes sur le cuir chevelu, d'alopécie, de boutons sur le corps, etc. ; que, préalablement, il a présenté à la verge ou ailleurs une lésion qu'on a reconnue pour un chancre, etc., etc. Tous ces renseignements n'achèveront-ils pas de fixer votre opinion et de confirmer votre diagnostic; n'établiront-ils pas d'une façon aussi patente que possible l'existence, chez votre malade, d'une diathèse qui poursuit son évolution et qui s'accuse aujourd'hui par des phénomènes identiques de nature avec ceux qu'elle a produits autrefois? Que de témoignages, en effet, à l'appui de la nature spécifique de la lésion pour laquelle vous êtes consultés! C'est, d'abord, la syphilide palmaire qui confirme la spécificité de l'exostose, et réciproquement. Ce sont ensuite les accidents antérieurs (syphilides cutanées et muqueuses, alopécie, adénopathies, etc.) qui confirment la spécificité des manifestations actuelles. C'est enfin le chancre, exorde de toute cette kyrielle de symptômes, qui confirme à la fois la spécificité des uns et des autres, de ceux qui lui ont succédé à bref délai, comme de ceux qui l'ont suivi à plus longue échéance. *Tout se tient dans cet ensemble* ; chaque élément de cette *série morbide* apporte à l'élément voisin une signification particulière; et de là, comme résul-

tante, ressort un diagnostic de la maladie aussi complet, aussi précis, aussi formel, qu'on le puisse désirer.

Or, dans le cas que nous venons de prendre comme exemple et aussi bien dans tout autre analogue, quels sont donc les éléments qui donnent au diagnostic de la syphilis une sûreté aussi parfaite, une certitude aussi mathématique? Ces éléments sont de deux ordres :

1° La notion d'un *ensemble* pathologique, dont les termes se confirment, en se servant, pour ainsi dire, de répondants réciproques ;

2° La notion d'une *évolution* morbide, où chaque symptôme est venu se placer à son rang, est apparu à son heure, suivant la hiérarchie chronologique à laquelle obéit la vérole dans la succession des accidents qui lui sont propres.

C'est qu'en effet la vérole, ainsi que je vous l'ai déjà dit tant de fois, messieurs, ne consiste pas seulement en un accident, ni même en tels ou tels accidents isolés. La vérole est un *ensemble*, une série de manifestations qui s'appellent les unes les autres, qui se commandent réciproquement. Si telle se produit aujourd'hui, c'est que telle autre l'a précédée ; et, puisque celle-ci a existé jadis, c'est une raison pour que celle-là fasse son apparition aujourd'hui. — De plus, la vérole est une *évolution*, et l'ordre dans lequel se manifestent ses divers symptômes n'est pas sans fournir au diagnostic un appoint d'une réelle valeur.

Donc, qu'on se rappelle bien ceci : **le diagnostic absolu, certain, de la vérole réside moins dans la perception d'un symptôme que dans la notion d'un ensemble et d'une évolution morbide**. Un symptôme, en effet, n'est jamais qu'un symptôme. Si vraisemblable, si évidente même qu'en paraisse la spécificité de nature, ce symptôme peut tromper. Tout le monde, je ne crains pas de le répéter, peut se tromper sur une syphilide, sur une ulcération, sur une lésion osseuse considérée isolément. On n'est jamais à l'abri d'une erreur quand on n'a qu'un accident pour instituer un diagnostic. Tandis qu'il n'est pas de méprise possible quand on a pour double base de jugement : 1° un ensemble pathologique dont les divers éléments se servent de garants réciproques ; — et 2° une évolution morbide dont les incidents successifs sont survenus chacun en son temps, chacun à son heure, suivant l'ordonnance normale de la maladie.

Conséquemment, un accident syphilitique se présentant à vous, ne vous bornez jamais à diagnostiquer la vérole de par lui seul. Si cet accident est bien réellement syphilitique, soyez sûrs que d'autres manifestations l'ont précédé dans le passé ou l'accompagnent dans le présent. Ces autres manifestations, cherchez-les ; cherchez-les dans le présent, et ne les cherchez pas moins dans le passé. Donc, voyez d'abord si votre malade ne présente pas actuellement quelque autre symptôme de même nature. Puis, voyez ensuite, par un interrogatoire rétrospectif, si d'autres accidents de même ordre n'ont pas préludé à

l'accident que vous avez sous les yeux. Efforcez-vous, en un mot, de *reconstituer la maladie dans son ensemble et dans son évolution naturelle*. Car, je vous l'affirme encore, cet ensemble et cette évolution seront pour votre diagnostic des témoignages bien autrement significatifs, bien autrement certains, que le meilleur symptôme actuel dont vous puissiez disposer.

Cela posé en principe, voyons l'application en pratique.

Serez-vous *toujours* assez heureux pour pouvoir, à propos d'un symptôme qui s'impose à votre examen, reconstituer toute la maladie et diagnostiquer la vérole par l'ensemble de ses manifestations successives? Toujours? Non, certes. Mais souvent, très souvent? Oui.

Chez l'homme, d'abord, dans la plupart des cas vous arriverez à remonter la série morbide. Dans la plupart des cas, ai-je dit ; précisons mieux. Dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, en moyenne, vous pourrez facilement, par un examen minutieux et par les données anamnestiques, reconnaître après coup les diverses étapes de la maladie et instituer le diagnostic de la syphilis sur les bases que je viens de signaler comme les plus sûres. L'homme, en effet, pour toutes sortes de raisons, renseigne cent fois mieux le médecin sur ses antécédents spécifiques que ne le fait jamais la femme. D'abord, il n'a, sauf exceptions rares, aucun intérêt à dissimulation, à réticences. Puis il peut mieux et il sait mieux s'observer que la femme. Plus qu'elle, d'autre part, il est au fait de la vérole, de ses accidents et de ses dangers ; plus qu'elle il la redoute et cherche à s'en protéger. Aussi le cas usuel est-il celui-ci, pour le sexe masculin : Consultés par un malade sur une manifestation syphilitique secondaire ou tertiaire, vous apprendrez immédiatement de lui que d'autres accidents ont précédé le symptôme actuel. « A telle époque, vous dira le malade, j'ai eu ceci, puis cela, puis cela encore, et à telle autre époque, antérieurement, j'ai été affecté d'un chancre, etc. » — Aidé de tels renseignements, le diagnostic de la vérole devient en général (je ne dis pas toujours, tant s'en faut) assez facile et assez sûr chez l'homme.

Chez la femme, il en est autrement. Si bien même, sans aucune exagération, que le diagnostic de la syphilis chez la femme devient presque un diagnostic spécial en raison de ses difficultés, de ses surprises, de ses obscurités de divers genres. Aussi ne craindrai-je pas d'insister sur ce point, en raison de l'intérêt pratique qui s'y rattache.

Certes, il est nombre de cas, dans la syphilis de la femme, qui se présentent le plus simplement du monde, comme ceux, par exemple, qu'on a l'occasion de surprendre *ab ovo* et dont on peut suivre l'évolution, comme ceux encore où des symptômes multiples se servent de répondants réciproques, etc. C'est là l'ordre des cas faciles, qui ne sauraient prêter à ambiguïté. Mais, à côté de ceux-ci, il en est quantité d'autres destinés à créer de réels embarras, tels que ceux où

un accident isolé (érosion vulvaire ou buccale, alopécie, dermatose palmaire, névralgie, etc.) ou même quelques accidents contemporains peu significatifs s'imposent au diagnostic. En pareille occurrence, attendez-vous chez la femme à des obscurités, des difficultés, que bien plus rarement vous rencontrerez chez l'homme. Et pourquoi? Pour toute la série des raisons suivantes.

D'abord, la femme vous renseignera bien moins que l'homme sur ses antécédents spéciaux, et cela même sans mauvais vouloir, sans arrière-pensée de réticence ou de dissimulation. C'est qu'en effet elle est bien moins *savante* que l'homme relativement à toutes choses touchant à la vérole. Elle est bien moins renseignée que lui, soit par ses conversations, soit par ses lectures, sur les symptômes et les conséquences de cette maladie ; elle s'inquiète bien moins que lui de la vérole, qu'elle ne connaît que vaguement et par ouï-dire ; elle y prête moins d'attention, elle s'en défie moins, elle la craint moins (1), et, conséquemment, la laisse plus facilement passer inaperçue, sans se rendre compte ou se préoccuper de symptômes qui n'échapperaient pas à la vigilance de l'homme. — De plus, la femme n'a pas les mêmes facilités que l'homme pour s'examiner génitalement, et des lésions génitales qui ne nous échapperaient pas peuvent chez elle passer inaperçues. — D'autre part, de très nombreux accidents qui servent d'expressions fréquentes à la syphilis féminine, tels que les troubles nerveux, n'ont pas le cachet vénérien et sont exposés conséquemment à être confondus avec des symptômes vulgaires, non spécifiques. — Ne pas oublier, enfin, que certaines raisons d'ordre moral conduisent souvent la femme à *dissimuler* ses antécédents vénériens. Ces raisons (qui n'existent pas pour nous) font que certaines malades n'avouent pas ou dissimulent ce qu'un homme déclarerait d'emblée et spontanément. C'est dire que, de parti pris, ces malades laisseront parfois le diagnostic du médecin vaguer et s'égarer faute de renseignements ou en raison de renseignements erronés. J'en ai connu (et combien d'exemples du genre n'aurais-je pas à citer !) qui ont menti sciemment à leur médecin, alors même que leur santé se trouvait en jeu, puis qui ensuite, de guerre lasse, sont venues se confesser à moi. Je pourrais même à ce sujet raconter les histoires les plus invraisemblables, les plus extraordinaires, et il faudrait véritablement la pénétration d'un Balzac pour analyser ce côté particulier du caractère féminin.

Somme toute, Messieurs, ne vous attendez pas à ce qu'une femme syphilitique, venant vous consulter à propos d'un accident syphilitique, vous dise ce que vous dirait un homme, à savoir : « Voici ce que j'ai actuellement, docteur ; or, si cela peut éclairer votre diagnostic, sachez bien que j'ai eu la syphilis à telle époque, sous forme

(1) Preuve péremptoire : la *syphilophobie*, vésanie fréquente chez l'homme, est excessivement rare chez la femme.

de tels et tels accidents, et voyez si cette syphilis ne serait pas cause de ce que j'ai aujourd'hui ? » A de rares exceptions près, vos clientes ne vous tiendront jamais un tel langage. Elles ne commenceront jamais par confesser la vérole pour mettre votre diagnostic à l'aise. Elles vous l'avoueront (la plupart au moins), si vous les interrogez directement sur ce chapitre, et encore ne l'avoueront-elles le plus souvent qu'aux deux conditions suivantes : si elles vous font l'honneur de vous accorder une confiance dont elles ne sont guère prodigues en l'espèce, et si elles estiment qu'un tel aveu puisse avoir quelque intérêt relatif à leur mal actuel. Sinon, elles ne diront rien ; et même tenez pour certain qu'en pareille circonstance il y en aura toujours quelques-unes qui, pour telles ou telles raisons d'elles seules connues, s'obstineront dans des réticences ou des dénégations mensongères.

Telle est la règle, tel est au moins le cas le plus commun. Aussi le plus souvent, pour arriver à connaître des antécédents qu'il a besoin de connaître, le médecin doit-il s'astreindre vis-à-vis de ses clientes à un interrogatoire minutieux, patient, *politique*, de façon à découvrir la maladie sans la nommer et sans paraître la chercher. L'habileté et la diplomatie ne sont pas inutiles en pareil cas. Plus d'une fois même le médecin, se heurtant à des dénégations obstinées, aura à décider par devers lui s'il ne doit pas passer outre et formuler quand même son diagnostic, avec le traitement qui en dérive, sans tenir compte d'allégations évidemment erronées.

Et je n'exagère rien, croyez le. Cinquante fois par année, pour le moins, il nous arrive de recevoir dans nos services des femmes qui, affectées d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, nous disent « n'avoir jamais rien eu » au préalable. Ces femmes mentent-elles ? Quelquefois oui, et j'en ai eu la preuve (1). Cependant le mensonge n'est pas le fait le plus commun, en pareil cas, j'en suis persuadé. Plus souvent, ces femmes pèchent par ignorance. Ou bien elles répondent sans trop comprendre ce qu'on leur demande, ou bien elles ont eu la vérole sans se rendre compte au juste de ce qu'elles avaient, *sans le savoir* même, ce qui n'est pas impossible, comme nous le verrons dans un instant.

Mais entrons dans les détails, car pas une question ne touche de plus près à la pratique que celle-ci, et pas une, en tout cas, n'intéresse plus directement le diagnostic.

Premier point. — Quand vous interrogerez une femme sur des antécédents syphilitiques, ne soyez pas, Messieurs, trop exigeants *à l'égard du chancre*. De tous les commémoratifs, en effet, c'est

(1) Exemple : Une de nos malades actuelles, entrant ici il y a une huitaine de jours pour une exostose tibiale, nous déclarait de la façon la plus formelle n'avoir « jamais eu de mauvais mal ». Or, reconnue par une de nos infirmières, il se trouva, renseignements pris à des sources authentiques, que cette malade si innocente était entrée déjà *sept fois* à Lourcine pour des accidents de vérole confirmée !

celui-ci qui, chez la femme, fait le plus fréquemment défaut. Vous ne trouverez pas une malade sur cinquante qui vous accusera « un chancre » comme exorde de son mal. De cela vous savez le pourquoi. C'est que, tout particulièrement chez la femme, le chancre est un accident bénin par essence qui, pour toutes sortes de raisons, passe souvent inaperçu ou plus souvent encore reste méconnu quant à sa nature. Inutile de vous rappeler aussi que, pour la plupart des femmes, le terme de chancre comporte quelque chose d'important, d'effrayant, quelque chose d'analogue au cancer, à « l'ulcère », etc. Elles se garderaient bien en conséquence de dénommer ainsi l'inoffensif bouton qui a servi de prélude à leur maladie. Pour toute femme, l'accident initial de la syphilis est et n'est jamais autre chose qu'un simple « *bouton* ». Enregistrez le mot en vos souvenirs.

Autre point. — Moins instruite que l'homme en fait de syphilis, comme je vous le disais à l'instant, la femme ne vous donnera jamais sur l'ensemble et sur l'évolution de sa maladie que des renseignements incomplets, tronqués, diffus, désordonnés, obscurs, incohérents, etc. Vous aurez cent fois plus de mal chez une femme que chez un homme à reconstituer l'ensemble morbide qui constitue la syphilis. Cela est un fait dont témoigne l'observation de chaque jour.

Troisième point. — Ce qu'il ne faut jamais perdre de vue pour le diagnostic spécial que nous étudions en ce moment, c'est que la syphilis est susceptible de deux ordres de phénomènes absolument distincts, à savoir : de phénomènes *propres* et de phénomènes *communs*. J'appelle phénomènes propres ceux que la syphilis seule est capable de produire, tels que chancre, syphilides cutanées ou muqueuses, gommes, etc. J'entends par phénomènes communs ceux qui résultent indifféremment soit de la syphilis, soit de telle ou telle autre cause morbifique. De ce nombre, par exemple, sont les douleurs de tête, les douleurs rhumatoïdes des membres, les névralgies, l'iritis, la fièvre, les paralysies, les palpitations, le tremblement, les troubles des règles, l'avortement, etc., etc. Or, si les accidents du premier groupe ne peuvent guère donner le change sur leur origine et leur nature, ceux du second, tout au contraire, offrent des difficultés diagnostiques bien plus sérieuses. Reconnaître ceux-ci comme symptômes n'est qu'une partie insignifiante de la tâche à remplir. Car, reste à les rattacher à leur cause; reste à en déterminer le caractère, l'essence, à les diagnostiquer en un mot *spécifiques* ou *vulgaires*. Et cette seconde partie du diagnostic est à coup sûr la plus importante, ou, pour mieux dire, c'est là le vrai, le seul diagnostic, car de la nature du symptôme dérivent les indications thérapeutiques auxquelles il convient de satisfaire.

Or, remarquez bien, je vous prie, les deux points que voici : D'une part, ces symptômes communs sont particulièrement fréquents chez

la femme. Ce sont eux, en effet, qui prédominent dans la syphilis secondaire féminine sous forme d'accidents nerveux de tout genre, tels que céphalée, douleurs névralgiformes, névralgies, asthénie, troubles de la sensibilité, névroses, accès fébriles, etc. — Et, d'autre part, les symptômes de cet ordre sont, à coup sûr, les plus insidieux pour le diagnostic et les plus faciles à méconnaître comme nature. Ils sont essentiellement sujets à méprises dans la pratique. Vous prémunir contre ce danger spécial est un devoir que j'ai à cœur de remplir; voyons donc comment le diagnostic peut dévier en pareille occurrence.

Les erreurs en question se commettent de telle ou telle façon que voici : Ou bien, connaissant les antécédents spécifiques du malade, on n'en tient pas compte, et l'on passe outre pour aller à la recherche d'une cause étrangère ; — ou bien, ce qui est plus fréquent, on ne s'enquiert pas suffisamment des antécédents spécifiques, et l'on accepte trop facilement comme explication du symptôme en litige telle ou telle étiologie banale. C'est ainsi, par exemple, que quantité de douleurs et surtout de névralgies syphilitiques sont journellement prises pour des névralgies communes, pour des douleurs rhumatismales, arthritiques, « nerveuses », accidentelles, etc. ; — c'est ainsi que la céphalée est souvent taxée de « migraine » ou de « mal de tête neurasthénique » ; — c'est ainsi que la fièvre syphilitique est le plus habituellement confondue avec des accidents fébriles vulgaires; — c'est ainsi que la possibilité d'une relation entre la syphilis et l'ictère ou la boulimie ou les troubles de sensibilité, etc., n'a été soupçonnée que de nos jours; — c'est ainsi que la spécificité de la choroïdite et de sautres ophthalmies profondes reste encore fréquemment méconnue ; — c'est ainsi que l'avortement issu de la syphilis est imputé journellement à des raisons banales, illusoires, etc., etc. Et de même pour une foule d'autres accidents de même genre que je pourrais citer.

C'est que la syphilis, en effet, — je ne saurais trop insister sur ce point — a toutes chances pour passer inaperçue, alors qu'elle s'accuse seulement par une lésion commune, par un trouble fonctionnel commun. En pareil cas, on ne songe pas assez à elle; on la néglige, on ne s'en préoccupe même pas. Et qu'arrive-t-il alors ? C'est que la raison étiologique, la nature vraie de cette lésion ou de ce trouble échappe au médecin. A qui la faute ? Au médecin d'abord, assurément, qui n'apporte pas toujours une méthode et une rigueur suffisantes à la recherche des antécédents et à l'étiologie des symptômes. Aux malades ensuite, qui, dans bon nombre de cas, se faisant juges eux-mêmes de la question, croient superflu d'accuser leurs antécédents spécifiques ou les dissimulent au besoin.

Tel est, Messieurs, l'écueil de bien des diagnostics en syphilis, ne l'oubliez pas.

Et j'ajouterai : L'écueil en question est d'autant plus réel, d'autant plus périlleux, que la syphilis en maintes et maintes occasions *ne s'accuse à un moment donné que par des phénomènes d'ordre commun, sans manifestations propres*. Or, cela, on le sait par ce qui précède, est particulièrement fréquent *chez la femme*, bien plus fréquent chez elle que chez l'homme. Très souvent nous voyons des femmes syphilitiques ne présenter pour tous accidents, à telle ou telle époque de la diathèse, que des symptômes communs, vulgaires, qui, sans le secours d'antécédents spécifiques connus, pourraient être rapportés à toute autre cause que la vérole.

Il y a plus encore. Les symptômes communs, auxquels se limite parfois la diathèse, ne sont pas toujours multiples et associés de façon que le diagnostic de l'un puisse servir à éclairer le diagnostic de l'autre. Tout au contraire, il arrive parfois qu'un seul de ces symptômes se produise isolément. Dans ce cas, — remarquez bien ceci, messieurs, — la syphilis n'a plus alors pour toute expression qu'un accident *unique*, *lequel n'offre rien de spécial*, lequel pourrait tout aussi bien dériver d'une origine vulgaire. En sorte que les faits de ce genre sont insidieux au plus haut degré, cela va sans dire. Et, d'autre part, ces faits sont-ils rares? Nullement. La preuve, c'est qu'aujourd'hui même mon seul service me permet de vous en présenter trois exemples des plus frappants.

Voici, d'abord, une jeune femme qui, l'année dernière, avait été traitée par nous pour divers accidents syphilitiques secondaires. Six mois environ après sa sortie de l'hôpital, elle a été affectée d'une *paralysie de la troisième paire*. « Ne croyant pas (c'est elle-même qui parle) que ce mal d'yeux pût avoir le moindre rapport avec son ancienne vérole », elle se garda bien de revenir à Lourcine, et consulta un oculiste, sans lui faire part de ses antécédents spéciaux. Traitée par une série de médications d'ordre vulgaire, qui ne pouvaient avoir d'action sur sa maladie, elle ne guérit pas et se décida alors à rentrer dans notre service. Depuis une quinzaine qu'elle est ici, elle a été soumise au traitement spécifique, et déjà sa paralysie s'est considérablement amendée. Mais là n'est pas la question. Le point sur lequel j'appelle votre attention pour l'instant est celui-ci : cette paralysie s'est produite *seule*, comme expression exclusive de la diathèse ; aucune autre manifestation syphilitique ne s'est associée à elle. A un moment donné, la diathèse ne s'est accusée que par cette lésion, une *paralysie*, laquelle, accident vulgaire, pouvait être rapportée à toute autre cause que la vérole. C'était donc, à ce moment, sur un seul symptôme d'ordre commun que le diagnostic devait être institué.

Second cas. — Cette autre femme, une de nos anciennes malades, est rentrée dans nos salles, il y a huit jours, pour une *névralgie faciale*, qui la « torturait » depuis deux mois, et qui, soumise au

traitement spécifique, a cédé presque immédiatement. Eh bien, examinez cette malade aussi scrupuleusement, aussi complètement que possible, vous ne trouverez sur elle aucune trace de syphilis, aucun accident actuel, aucun vestige même d'accidents passés. Elle vous déclarerait n'avoir pas eu la syphilis, que vous ne pourriez lui démontrer le contraire. Une névralgie faciale, voilà tout ce qu'elle présentait comme accident. Or, n'est-ce pas là un symptôme commun par excellence, et faut-il avoir eu la vérole pour souffrir d'une névralgie de la face?

Même cas encore sur cette troisième malade. Ici, c'est d'une *sciatique* qu'il s'agit. Cette sciatique était bel et bien d'origine spécifique, les résultats du traitement l'ont clairement établi. Or, était-elle associée à quelque autre manifestation actuelle de syphilis? Pas le moins du monde. Elle existait seule, comme expression unique, non moins que banale, de la diathèse.

Et ce que je viens de dire, messieurs, de la sciatique, de la névralgie faciale, de la paralysie oculaire, je pourrais le répéter à propos de l'iritis et des autres ophthalmies secondaires, à propos des différents troubles nerveux, de la fièvre, de l'avortement, etc., tous symptômes *communs*, qui, dans certaines conditions, se présentent comme manifestations isolées, exclusives, de la diathèse. Jugez donc à quelles erreurs serait conduit en pratique le médecin qui ignorerait ou méconnaîtrait cette double vérité, à savoir :

1° Que la syphilis se traduit parfois exclusivement, à un moment donné de son évolution, par des symptômes *d'ordre commun* ;

2° Qu'elle peut même, à un instant donné, ne se traduire que par *une seule* manifestation de ce genre.

Autre difficulté diagnostique d'un ordre tout particulier; celle-ci commune aux deux sexes, mais certes infiniment plus commune chez la femme que chez l'homme.

... Parfois, Messieurs, il vous arrivera de rencontrer sur un malade un symptôme incontestablement syphilitique (secondaire ou tertiaire, peu importe) sans pouvoir remonter à l'origine de l'infection, sans pouvoir reconstituer la série morbide dont ce symptôme n'est qu'une expression partielle. Vainement alors vous examinerez votre malade de la tête aux pieds, pour découvrir sur lui quelque stigmate, quelque témoignage d'une infection méconnue ou dissimulée ; vous ne trouverez rien. Vainement aussi vous le questionnerez sur l'existence antérieure de telles ou telles manifestations syphilitiques ; vous n'obtiendrez que des renseignements, je ne dirai même pas incertains, mais absolument négatifs. Et, cependant, le symptôme dont il vous incombe d'apprécier la nature n'est guère de nature à

vous laisser de doutes sur sa qualité spécifique. Dans ces conditions qu'aurez-vous à faire? Vous faudra-t-il renoncer à votre impression, abandonner votre diagnostic et vous dire : « L'accident en question me semblait bien et me semble bien encore syphilitique; mais, en fin de compte, je ne puis le considérer comme tel, puisque le malade paraît n'avoir pas eu la vérole ? » — Ou bien devrez-vous persister quand même dans votre jugement, en l'absence de tout autre signe actuel et de tout commémoratif démontrant une syphilis antérieure, en dépit même des négations qui vous sont opposées?

Point délicat assurément, et sur lequel il importe que le jeune médecin soit édifié pour sa pratique.

Or, Messieurs, de par l'expérience de nos devanciers, de par l'expérience commune et la mienne propre, je n'hésite pas (à ne considérer ici la question que d'une façon générale et réserves faites pour les conditions variables des cas particuliers), je n'hésite pas, dis-je, à trancher la difficulté de la façon suivante : En pareille occurrence, *la science du médecin est au-dessus des allégations du malade.* Le médecin croit à la vérole, et le malade la nie ; il y a plus de chances pour que la vérité soit avec le médecin qu'avec le malade. Si donc vous avez de bonnes et scientifiques raisons pour considérer tel symptôme comme syphilitique, ne vous laissez arrêter ni par l'absence d'antécédents, ni par les témoignages négatifs. Votre droit et votre devoir sont de passer outre, de *persister dans votre diagnostic*, et d'instituer le traitement en conséquence.

Et pourquoi? Pour deux raisons qui se formulent ainsi :

1° Parce que la vérole peut être *niée sciemment*, *mensongèrement*, de parti pris;

2° Parce qu'elle peut être *niée et ignorée de bonne foi.*

Je m'explique.

La vérole, d'abord, **peut être niée sciemment, mensongèrement.** Ai-je à revenir sur ce point, après ce que j'ai eu tant de fois déjà l'occasion de vous en dire ? S'il vous restait quelques doutes à ce sujet, l'historiette suivante pourrait achever de vous convaincre. Ces jours derniers, je suis mandé près d'une dame à laquelle j'avais donné mes soins autrefois pour des accidents spécifiques secondaires. J'arrive et trouve la malade affectée d'une iritis violente, manifestement syphilitique, et rebelle jusqu'alors à divers traitements d'ordre vulgaire. Je demande à cette dame si elle a fait part à son médecin actuel des accidents pour lesquels je l'avais traitée. — « Non certes, me répond-elle tout aussitôt, je m'en suis bien gardée. — Cependant on a dû, sans aucun doute, vous questionner sur ce point. — Oui, et plusieurs fois, réplique-t-elle; j'ai même trouvé cela assez extraordinaire. Mais *j'ai nié*, j'ai nié résolument, et *je nierai toujours.* Croyez-vous donc qu'il soit agréable et qu'il me convienne d'aller raconter *ces choses-là* à tout le monde ? »

Détail de pratique auquel il convient que vous soyez initiés. En pareille situation, c'est le médecin « habituel », le *médecin de famille* qui est le plus souvent trompé par les malades. Pourquoi ? Parce que c'est celui dont lesdits malades se défient le plus. Sans croire lui faire une grossière injure, ils redoutent une indiscrétion de sa part ; ils se figurent que ce médecin pourrait bien « ébruiter la chose » (c'est le mot consacré), « raconter cela à leurs familles, à leurs parents, à leurs amis, à tout le monde », et ils prennent leurs précautions en conséquence. Tandis qu'ils n'ont à craindre rien de semblable d'un médecin inconnu, qui ne les reverra plus une fois guéris, qui ne sait même pas leur nom, et dont le silence par cela même est assuré. Quant au « spécialiste », il est de nature à l'abri des réticences, des dissimulations et des mensonges de ce genre, puisqu'on le choisit pour lui confier ce qu'on ne veut pas confier à d'autres. Aussi devient-il le dépositaire de secrets intimes qui lui facilitent singulièrement sa tâche diagnostique.

On croira peut-être que j'exagère, que je force la note. Eh bien, non ; je ne suis ici qu'un narrateur sincère et ne fais que relater ce qui est d'observation journalière, courante. Ainsi, c'est par centaines que je pourrais compter les clients avec lesquels il m'est arrivé d'échanger le petit colloque suivant : « Mais pourquoi donc avoir dissimulé à votre médecin habituel vos antécédents syphilitiques, alors que vous venez me les avouer à moi ? — Oh ! vous, Monsieur, c'est bien différent. Je ne vous connais pas et vous ne me connaissez pas ; je puis donc tout vous dire. Tandis que mon médecin, c'est un familier, c'est presque un ami pour moi ; il connaît ma famille, ma femme, nombre de mes amis, et c'est bien assez d'avoir la vérole sans que tout le monde le sache. — Mais vous supposez donc que ce médecin, cet ami, pourrait commettre l'indignité d'abuser du secret que vous lui auriez confié ! — Oh ! pour cela, non ; car c'est un très brave homme, le meilleur homme du monde, et nous l'aimons tous ; mais, un mot en l'air, un mot compromettant est bien vite lâché. En tout cas, il est toujours prudent de se tenir en garde, etc., etc. »

Quant aux femmes, tout spécialement, le mensonge ne leur coûte guère en l'espèce. Elles sont même parfois surprenantes d'aplomb et de sang-froid relativement à la négation de leurs antécédents spécifiques. J'en ai vu mentir contre toute évidence avec une apparence de sincérité vraiment déconcertante. Combien de fois aussi en ai-je entendu me dire : « Certainement oui, j'ai répondu à mon médecin que je n'avais pas eu la vérole, et je lui répondrai encore la même chose au besoin. Jamais je n'avouerai mon mal à d'autre que vous. Je me laisserais couper en morceaux (ou bien, c'est une variante), je me laisserais guillotiner plutôt que d'avouer cela. »

Et ce n'est pas tout. Il y a plus encore, et la vérité clinique confine ici à l'invraisemblable. On a vu des malades renier leurs antécédents spécifiques dans les circonstances les plus graves, alors que de leur

silence ou de leur désaveu pouvaient manifestement dériver les conséquences les plus sérieuses, alors qu'il y allait de leur vie! De cela voici un exemple.

Un notaire de province (actuellement décédé) contracte une syphilis pour laquelle je lui donne mes soins tout d'abord. A peine délivré de ses premiers accidents, il ne se traite plus, comme d'usage. Deux ans après, il est frappé, à la suite de maux de tête violents, d'un ictus apoplectique suivi d'hémiplégie. Son médecin soupçonne la syphilis comme origine de ces accidents cérébraux, l'interroge à ce sujet, le presse de questions à maintes et maintes reprises, en lui répétant que « la syphilis serait un bonheur pour lui en pareille circonstance, qu'on pourrait facilement le guérir si son mal avait une origine de ce genre », etc. Peines perdues. Bien qu'en plénitude de son intelligence et de sa mémoire, le malade *nie*, s'obstine à nier, si bien qu'on passe outre. Huit mois plus tard, il revient me consulter, mais alors infirme, avec une hémiplégie confirmée, en état de contracture, donc désormais incurable, et c'est lui-même qui me raconte ce que je viens d'exposer. « — Mais, quel motif à jamais regrettable, lui dis-je alors, a donc pu vous conduire à dissimuler vos antécédents de syphilis au médecin chargé de vous traiter? — Je ne voulais pas, me répondit-il, que, par une indiscrétion ou par la nature des remèdes qui me seraient prescrits, ma femme pût savoir que j'avais eu la vérole ! » — Il paya cher cette dissimulation ; car, plusieurs mois ne s'étaient pas écoulés que, poursuivant son évolution, la syphilis cérébrale déterminait un nouvel ictus suivi d'accidents des plus graves auxquels il ne tardait pas à succomber.

Jugez par là, Messieurs, s'il n'est pas un certain nombre de cas où il faut que la sagacité du médecin sache faire justice des réticences, des dissimulations, des mensonges qui peuvent égarer son jugement.

Seconde proposition : **La vérole peut être niée, ignorée de bonne foi.**

Est-il possible, en vérité, qu'un malade, homme ou femme, ait la vérole *sans le savoir*? Une pareille question semble dérisoire au premier abord. Le seul accouplement de ces deux mots « *vérole ignorée* » paraît une insulte au bon sens. « Comment serait-il jamais possible, se dit-on, qu'une maladie telle que la vérole, aussi féconde en accidents de tout genre, notamment en accidents extérieurs et en accidents douloureux, restât ignorée de celui qui la porte ? » Théoriquement, cela paraît une conception absurde, utopique, qui ne saurait se réaliser. Eh bien, pratiquement, *cela est*. L'expérience, en effet, est formelle sur ce point et apprend que, d'une façon authentique, irrécusable, certains sujets ont eu la vérole sans s'apercevoir qu'ils l'avaient. Cette chose, impossible en apparence, est donc possible en réalité ; j'ajouterai même qu'elle est loin d'être rare, chez la femme

spécialement, ainsi que j'en fournirai bientôt des preuves numériques qu'à l'avance je déclare surprenantes.

Et, d'ailleurs, quand on y réfléchit, on aboutit bientôt à comprendre et à admettre que la vérole puisse échapper à l'attention et rester méconnue. D'une part, en effet, elle n'a pas toujours de ces manifestations évidentes, patentes, qui frappent les malades, qui les instruisent forcément de leur état, et qui les obligent à consulter un médecin, lequel les renseignerait aussitôt sur la véritable nature de leur mal. D'autre part, les symptômes par lesquels elle se traduit ne sont pas toujours tellement spécifiques, tellement accusateurs, qu'ils ne puissent être confondus avec ceux d'une autre affection. De cela, Messieurs, voulez-vous la preuve? Cette preuve, je vais vous la fournir immédiatement et j'estime que vous allez la trouver péremptoire.

Vous m'accorderez qu'une syphilis, légère ou moyenne, peut se borner au groupe déjà passablement complexe des symptômes suivants : un chancre, avec son bubon satellite ; — une syphilide cutanée, telle qu'une roséole ou une syphilide papuleuse; — quelques syphilides muqueuses ; — quelques adénopathies ; — quelques croûtes du cuir chevelu et un peu d'alopécie ; — quelques douleurs dans la tête, à la gorge, dans les articulations, dans les membres ; — quelques troubles nerveux, etc. Eh bien, prenons, comme base de discussion, un cas de ce genre, et voyons si des divers accidents qui le composent il en est un seul qui ne puisse être méconnu.

Vous parlerai-je du chancre tout d'abord? Non, car vous savez de reste par ce qui précède si le chancre, chez la femme particulièrement, a de bonnes raisons pour être méconnu en tant que chancre ou même pour passer inaperçu. — De même, le bubon satellite reste ignoré du malade dans la très grande majorité des cas.

Quant aux syphilides cutanées, elles ont pour caractère de ne provoquer aucun prurit, aucune douleur. Souvent elles sont partielles, et, se bornant par exemple au tronc ou aux membres, respectent le visage. Elles peuvent donc, à ces divers titres, ne pas attirer l'attention. La roséole, spécialement, la plus commune de toutes les syphilides, reste maintes et maintes fois ignorée ; nous la montrons plus souvent aux malades que les malades ne nous la montrent. — D'autre part, sont-elles reconnues comme symptômes, les syphilides peuvent être méconnues *comme nature* et rapportées à des éruptions vulgaires, à des dartres, voire à des causes imaginaires, telles que « âcretés d'humeurs, humeurs en mouvement, éruptions de sang, révolutions de sang, laits répandus, éruptions printanières », etc.

De même les syphilides des muqueuses sont souvent taxées de simples « boutons », d'écorchures, d'éraillures, d'aphthes, d'échauffements, etc. La plaque muqueuse des lèvres, par exemple, ne manque guère d'être prise pour une « brûlure » dérivant du cigare ou

de la cigarette, ou bien encore pour un herpès, un aphthe, etc. — Fréquemment, d'ailleurs, ces syphilides restent latentes parce qu'elles ne sont pas douloureuses.

De même encore l'angine secondaire est généralement prise par les malades pour une angine commune, pour un mal de gorge vulgaire, résultant d'un coup de froid.

De même, la plaque muqueuse anale est communément taxée « d'hémorrhoïde ».

Pour les adénopathies, soit primitives, soit secondaires, elles ont une excellente raison, à savoir leur indolence et leur aphlegmasie habituelle, pour ne pas préoccuper les malades, qui le plus souvent ne s'en aperçoivent même pas.

Discrètes et non prurigineuses, les éruptions du cuir chevelu sont également peu remarquées.

L'alopécie, j'en conviens, est mieux faite pour éveiller le soupçon. Mais, en général légère et toujours temporaire, elle est facilement mise sur le compte d'une cause banale. Les cheveux, d'ailleurs, ne tombent-ils pas pour des motifs très divers ou même sans raison connue ?

Les maux de tête sont-ils plus suspects ? Nullement encore. Presque invariablement ils passent pour d'innocentes « *migraines* » ou de vulgaires névralgies.

Et, enfin, quant aux douleurs des articulations et des membres, le *rhumatisme* n'est-il pas toujours là pour en endosser complaisamment la responsabilité ?

De sorte qu'au total, Messieurs, un malade peut avoir éprouvé, de par la vérole, tout ou partie des accidents qui précèdent *sans se douter qu'il ait eu la vérole*. Conséquemment, il la niera en pleine sincérité, si, plus tard, vous venez à l'interroger en ce sens; avec la plus absolue bonne foi, il la récusera.

Et cela, j'ai la plus convaincante des preuves à vous en fournir. Car, en certains cas, vous entendrez des malades renier la vérole en bloc et la confesser naïvement en détail par l'exposé de leurs antécédents morbides. « Non, certes, vous diront-ils, je n'ai pas eu la vérole. Tout ce que j'ai eu est ceci : un *bouton* aux parties, lequel s'est cicatrisé tout seul et en peu de temps ; donc, ce n'était rien. Plus tard, il m'est venu des *dartres* à la peau. Du reste, j'avais les humeurs en mouvement à cette époque, car, vers le même temps, j'ai été éprouvé par de violentes *migraines*, par des *névralgies*, par des *douleurs de gorge*, avec des *glandes au cou*. J'ai même eu aussi du rhumatisme, avec *douleurs dans les articulations et les muscles*. Mais tout cela, comme vous le voyez, n'a rien à faire avec le mal que vous me supposez ; et, pour la vérole, vous pouvez être sûr, docteur, que je ne l'ai jamais eue. » Eh bien, que pensez-vous, Messieurs, d'un tel exposé de symptômes ? N'est-ce pas là une belle et complète

observation de vérole, racontée par le malade même qui renie la vérole ? Or, il n'est pas rare que la syphilis soit *niée* de la sorte, en même temps que *confessée* dans ses symptômes, quand on a soin de remonter *avec détails* aux antécédents morbides (1).

D'ailleurs, quand on analyse de près la question, on arrive bientôt à se convaincre que, pour bon nombre de raisons des plus diverses, la syphilis a toutes chances de rester assez souvent ignorée. De ces raisons je ne ferai que vous citer les principales, à savoir, comme exemples :

1° *Bénignité de l'étape secondaire.* — Il est des syphilis d'une bénignité initiale singulière et vraiment faite, par cela même, pour donner le change aux malades. Tout leur bilan se compose de ceci : un petit chancre, ne différant guère d'une érosion, d'une écorchure ; — une roséole, qui, en raison de son indolence, passe généralement inaperçue ; — quelques érosions buccales ou gutturales, assez semblables à des herpès ou des aphthes ; — quelques glandes ; — et rien autre, rien autre parfois pour de longues années, jusqu'à l'invasion du tertiarisme. N'est-ce pas là, par excellence, un ordre de syphilis exposées à rester méconnues ?

Il n'est pas très rare, d'ailleurs, que, par aventure, on surprenne *au passage*, si je puis ainsi parler, quelqu'une de ces syphilis ignorées des malades. Un exemple, entre tant d'autres de même ordre. Un jeune homme (étudiant en médecine, remarquez cette particularité qui a bien son prix) vient me consulter pour un « point de côté » assez douloureux, qui « lui fait craindre un début de pleurésie ». Je l'ausculte et ne trouve absolument rien de thoracique. Me défiant d'un zona en raison de la douleur, je prie le malade d'enlever sa chemise, et alors je ne suis pas médiocrement surpris d'apercevoir une indéniable roséole bien vraisemblablement syphilitique. « — Mais, vous avez des taches sur le corps, lui dis-je. — Des taches ? Certainement non. — Comment, non ? Mais regardez-vous donc. — Tiens ! c'est vrai. Je ne m'étais pas aperçu de cela. — Mais, en outre, vous avez dû avoir un chancre à la verge ou ailleurs ces derniers temps. — Un chancre ? Pour cela, non. » — Bref, je l'examine et trouve à la verge la cicatrice nettement indurée d'une érosion que le malade avait eue là quelques semaines auparavant et qu'il avait prise pour « une écorchure », en dépit de deux pléiades inguinales ! Ainsi, voilà, sur un étudiant en médecine, une syphilis qui était en train de passer inaperçue et qu'un hasard seul a fait rentrer dans la catégorie des syphilis connues.

2° *Extra-génitalité de la contagion et du chancre.* — Pour les gens du monde, commerce vénérien et vérole sont deux termes étroitement

(1) Voy. *Étude sur les syphilis ignorées*, par le Dr Louis Jumon. Thèse de Paris, 1880. — *La syphilis ignorée*, par Mlle Levin. Thèse de Paris, 1898.

unis, dont le premier sert d'origine nécessaire au second. La vérole, à leurs yeux, a donc l'obligation d'être vénérienne comme cause et génitale comme localisation première. Aussi bien toute syphilis issue d'un autre contact que le contact vénérien et née ailleurs qu'aux régions génitales aura-t-elle toute chance pour rester ignorée ou tout au moins méconnue. Conséquemment, ce qu'on appelle en langage technique l'extra-génitalité du chancre constitue une raison majeure pour que la syphilis évolue sous le couvert non moins qu'avec les dangers de l'anonymat. Bien sûrement, c'est par le fait de contaminations extra-génitales que nombre de sujets ont la syphilis *sans le savoir*.

Et, franchement, on a bien le droit, à moins d'être médecin, de ne pas se croire exposé à contracter la vérole alors, par exemple, qu'on va demander à la vaccine une sauvegarde contre la variole; — alors qu'on se fait raser chez un coiffeur; — alors qu'on emprunte une pipe à un ami; — alors qu'un auriste vous cathétérise la trompe d'Eustache; — alors qu'on s'assied sur un siége de cabinet d'aisances; — alors qu'on se fait tatouer; — alors qu'on souffle une bouteille; — alors qu'on embrasse ou qu'on soigne un nourrisson, etc. Sans parler même des contaminations domestiques, des contaminations professionnelles, médicales, ou purement accidentelles, auxquelles on ne s'attend pas et que bien souvent même on est dans l'impossibilité d'expliquer après coup. La *syphilis des innocents* n'est certes pas un vain mot, et elle compte infiniment plus de victimes qu'on ne saurait croire (1).

Un exemple, entre des centaines d'autres qu'il y aurait à citer. Deux vieux époux vont se faire vacciner au moment d'une épidémie de variole qui sévissait dans une petite localité où ils se trouvaient en villégiature. Ils reviennent à Paris, sans se douter que *cinquante* autres personnes qui avaient été vaccinées à la même source ont été contaminées de syphilis, et restent indifférents à diverses manifestations morbides qui ne tardent pas à se produire sur eux. Mais, deux ans plus tard, surgissent des accidents graves (double choroïdite sur la femme, et troubles cérébraux sur le mari). Alors seulement on s'inquiète, on consulte. Bref, MM. Rendu, Hardy et moi aboutissons à diagnostiquer bien sûrement la syphilis sur l'un et l'autre de ces malades, à reconstituer toute l'histoire de cette syphilis et à découvrir comme véritable origine de cette double infection une inoculation vaccinale faite avec le vaccin d'un nourrisson hérédo-syphilitique.

3° Pour le sexe féminin, il est une raison plus que propice à l'inconscience de la syphilis. C'est qu'en effet bon nombre d'honnêtes femmes, de braves ménagères sont absolument *ignorantes* d'une

(1) Voy. mes leçons sur les *Chancres extra-génitaux*, Paris, 1897. — Voy. aussi et surtout l'admirable ouvrage du professeur Duncan Bulkley sur la même question (*Syphilis in the Innocent*, *Syphilis insontium*, New-York, 1894).

telle maladie et de toutes choses qui lui sont afférentes. Si bien que (cela m'est arrivé plusieurs fois), lorsqu'un médecin vient à leur révéler qu'elles en sont affectées, elles lui répondent avec plus de naïveté que d'effroi : « La syphilis ? Mais qu'est-ce que cela ? Jamais je n'ai entendu parler de cette maladie. » — Inutile de dire si, en de telles conditions, la syphilis a beau jeu pour rester ignorée.

Comment, d'ailleurs, s'étonner de cela et de tout ce qui précède, alors qu'on a vu la syphilis rester ignorée sur des sujets qui, par métier, devraient ne pas la méconnaître, à savoir sur des étudiants en médecine, sur des sages-femmes, sur des accoucheurs, sur des *médecins* ! J'ai dans mes papiers l'histoire de *six médecins* qui ont laissé évoluer sur eux inconsciemment la syphilis jusqu'au moment où des accidents graves sont venus la leur révéler. L'un d'eux, accoucheur célèbre, avait contracté la maladie en faisant une version sur une femme syphilitique. Un grand chirurgien du siècle a longtemps méconnu une syphilis qu'il devait à un chancre du doigt contracté professionnellement, chancre qu'il avait pris pour un panaris.

4° *Considérations morales.* — Beaucoup plus souvent qu'on ne pense, des considérations de cet ordre jouent un rôle dans l'étiologie des syphilis qui restent ignorées ou méconnues. Nombre de sujets raisonnent ainsi, tout en constatant qu'ils ont « quelque chose » : Ce ne peut être la syphilis que j'ai contractée, parce que la femme dont cela dérive est une « honnête femme, une femme mariée »; une femme « dont ils sont sûrs, parfaitement sûrs ». Et ils ne s'inquiètent pas, et ils ne songent même pas à prendre l'avis d'un médecin. Tel a été le cas, entre tant d'autres, du jeune étudiant en médecine dont je vous racontais l'histoire tout à l'heure. Avec un chancre typique, avec une indéniable roséole, il était à cent lieues de suspecter une syphilis. Il avait bien constaté son chancre, comme il me le disait lui-même, mais « il n'avait pu croire que c'était un chancre, parce que sa maîtresse était une femme très honnête, dont il était absolument sûr ».

A fortiori, une femme vraiment honnête et mariée reste-t-elle souvent inconsciente de la syphilis qu'elle a reçue d'un mari en lequel elle a pleine confiance.

5° *Dissimulation médicale de la syphilis.* — Ce dernier paragraphe ne concerne que la femme et, plus particulièrement, la femme mariée. Il mérite, comme vous allez le voir, toute notre attention.

Nombre de femmes (et beaucoup plus qu'on ne l'imaginerait *à priori*) restent inconscientes de leur syphilis pour une très simple raison ; c'est qu'on a tout fait pour la leur dissimuler, pour leur donner le change, pour les *tromper* à ce sujet. Elles savent bien, certes, qu'elles ont eu tels ou tels symptômes, mais elles ne savent pas que ces symptômes étaient d'ordre syphilitique, parce qu'on leur

a dit précisément le contraire, parce que mari et médecin ont affublé ces symptômes de pseudonymes honnêtes et acceptables. Si bien même qu'au cas assez commun où elles viennent plus tard à être affectées de quelque lésion au sujet de laquelle elles sont interrogées par un autre médecin, elles renient la syphilis à ce médecin ignorant du passé. « Non, certes, lui disent-elles, je n'ai rien eu de *mauvais*; j'ai bien eu ceci ou cela à telle ou telle époque, mais rien de syphilitique, je vous assure, car le médecin qui me traitait à cette époque n'a jamais eu un tel soupçon. » Ces femmes ignorent donc leur syphilis de par *dissimulation médicale* de la syphilis; elles l'ignorent en raison d'un diagnostic de complaisance énoncé par un médecin, sur invitation du mari.

Une digression est ici nécessaire parce qu'elle est d'ordre pratique et que je parle à de futurs praticiens.

Je vous entends me dire : « Mais comment un médecin peut-il se faire complice d'un mari, pour tromper une femme sur la syphilis que cette femme a reçue de son mari ? » — Réponse : Parce qu'en l'espèce il n'a pas autre chose à faire, et que, de toutes les alternatives entre lesquelles il s'agit de choisir en pareille occurrence, celle-ci est la *moins mauvaise*, la moins mauvaise en ce qu'elle est la plus profitable à la femme. — Je m'explique.

Lorsqu'il arrive à un mari de contagionner sa femme, très généralement la situation s'engage entre mari et médecin de la façon suivante. Le mari accourt chez le médecin dont il a fait choix et commence ainsi l'entretien : « Docteur, un grand malheur m'arrive. J'avais la vérole, et, par une imprudence des plus coupables, je l'ai communiquée à ma femme. Je viens donc réclamer vos soins pour ma femme. Mais, avant tout, ce dont je vous prie et vous supplie au nom de ce que vous avez de plus cher, c'est de *ne pas dire ce qui en est* à votre future cliente, c'est de lui laisser ignorer à jamais la nature et le nom de l'affreuse maladie dont elle est affectée grâce à moi. Car, si elle pouvait se douter de ce qu'elle a, tout serait fini entre nous; ce serait fait de l'affection et de l'estime qu'elle a pour son mari, ce serait fait d'un double bonheur domestique jusqu'alors sans nuages, etc. Donc, promettez-moi, en même temps que vos bons soins pour elle, un silence absolu vis-à-vis d'elle sur la nature de sa maladie. »

Que répondre à cela ? Avons-nous le devoir ou même le droit de nous récuser, en déclinant le double service qu'on réclame de nous, à savoir de traiter cette femme et de la traiter en la laissant dans l'ignorance de la maladie dont elle est affectée ? Non. Car, un refus (refus qui, notez-le, serait général de la part de tous les médecins, s'il était un devoir) ne risquerait que trop d'aboutir à ce que le mari laissât sa femme *sans traitement* plutôt que de consentir à un aveu qui le compromettrait. Ce refus serait, en propres termes,

condamner cette malheureuse femme à tous les dangers d'une syphilis non traitée, ce qui constituerait pour elle *la pire* des solutions.

Donc, nous accepterons. Et nous voici dès lors engagés vis-à-vis de cette femme, de concert avec le mari, dans une véritable *conspiration du silence* quant à la maladie dont nous la traiterons.

Singulière situation, à coup sûr; mais situation non incompatible avec la dignité médicale. Car, après tout, nous n'en sommes pas responsables, nous médecins; ce n'est pas nous qui l'avons faite; nous ne faisons que la subir, et nous ne la subissons même que dans une double intention essentiellement bienfaisante et morale, à savoir : 1° en vue de traiter une malade qui encourrait grand risque de ne pas être traitée sans notre acquiescement au silence, ce qui, je le répète, serait pour elle la pire des éventualités; et 2° en vue de sauvegarder l'union d'un ménage.

Conclusion de tout ce qui précède :

1° Oui, très certainement oui, la syphilis peut être ignorée;

2° Conséquemment, il est des cas de syphilis à propos desquels le diagnostic doit — et cela pour le plus grand bien des malades — être institué exclusivement d'après les symptômes perçus par le médecin, en dépit des dénégations opposées par les malades et en l'absence de tout commémoratif d'ordre spécial.

Reste une dernière question : **Quel est le degré de fréquence de ces syphilis ignorées ?**

Cette fréquence est supérieure à ce qu'on pourrait croire. Je l'estime, d'après des statistiques que je vais citer, à 4,48 p. 100 cas de syphilis observés en bloc, j'entends sur l'un et l'autre sexe.

Mais ce chiffre demande à être expliqué. Car, énoncé comme je viens de le faire, il donnerait à croire que, sur 100 syphilis observées soit chez l'homme soit chez la femme, on en rencontre 4,48 à l'état de syphilis ignorée, ce qui constituerait une double erreur.

La vérité est que la syphilis se présente ignorée, chez l'homme, dans la proportion de 3 p. 100; — et, chez la femme, dans la proportion de 18 p. 100, environ.

Conséquemment, la syphilis ignorée est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme, à savoir (approximativement) *six fois plus fréquente.*

Ces chiffres résultent d'une statistique basée sur 4257 cas de syphilis tertiaire observés par moi chez la femme et chez l'homme, cas se répartissant de la sorte :

Cas de syphilis tertiaire observés chez l'homme....	3.862
Cas de syphilis tertiaire observés chez la femme...	395
Total.....	4.257

Or, sur ce nombre, les cas à antécédents spécifiques nuls ou du moins déclarés nuls par les malades (1), c'est-à-dire les cas constituant ce qu'on appelle des *syphilis ignorées*, se sont élevés :

1° Chez l'homme, à	120 cas.
2° Chez la femme, à	71 —
Total	191 cas.

D'où cette proportion au pourcentage :

Syphilis ignorée chez l'homme	3,10	p. 100 cas.
— chez la femme	17,9	— —

Cette disproportion d'un sexe à l'autre est donc considérable, comme en témoignent les chiffres précités. Mais elle a son explication très naturelle et très simple dans la série nombreuse des raisons diverses qui concourent à laisser la syphilis ignorée chez la femme, raisons sur lesquelles je viens d'insister.

Seconde remarque, ressortant avec non moins d'évidence de l'observation courante : *La fréquence de la syphilis ignorée est très différente suivant les milieux sociaux.*

Elle est minime (surtout en ce qui concerne l'homme) dans les classes élevées, bourgeoises ou aristocratiques.

Elle est bien autrement accentuée dans les basses classes, dans le peuple.

Ainsi, dans la clientèle de ville, il est vraiment peu commun de rencontrer une manifestation tertiaire sans obtenir immédiatement du malade la déclaration d'un passé syphilitique plus ou moins circonstancié. Tandis qu'à l'hôpital c'est chose courante d'observer le tertiarisme sans antécédents connus. A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons pas compté, en l'espace d'un semestre, moins de 28 cas de syphilis tertiaire sans antécédents connus des malades.

Et cette différence se conçoit de reste ; elle aurait pu être énoncée *à priori*, avant le contrôle de la clinique.

C'est qu'en effet l'homme du monde, de par son éducation, ses conversations, ses lectures, est généralement initié à la connaissance de la syphilis. D'autre part, il est soigneux de sa personne et particulièrement soucieux de sa santé spéciale (vous me comprenez). Il s'observe, et, à la moindre alerte, il a le temps et l'argent pour aller chez un médecin se renseigner sur la mésaventure, petite ou grande, qui vient de lui arriver, etc. Conséquemment, il ne court que peu de risques d'être pris en défaut et de laisser évoluer sur lui la syphilis sans le savoir.

(1) Il va sans dire que j'ai soigneusement exclu de cette statistique les cas où les accidents observés chez les malades pouvaient être rapportés à une hérédité spécifique, comme aussi tous les cas pouvant prêter à quelque doute sur la qualité spécifique des accidents.

Tout au contraire, l'homme du peuple, l'ouvrier, le manœuvre reste presque toujours plus ou moins ignorant de toutes choses afférentes à la syphilis. Il est moins soucieux de sa personne et prête moins d'attention à lui-même. Plus dur au mal, suivant l'expression consacrée, il s'inquiète moins de légers incidents morbides, tels que ceux par lesquels se traduit usuellement la syphilis dans ses étapes primaire et secondaire. Que de fois, par exemple, à nos consultations d'hôpital, ne découvrons-nous pas des chancres absolument ignorés des malades qui les portent ! Ou bien même, alors qu'il se sent malade, le prolétaire, absorbé par le souci du pain quotidien, reste indifférent à ce qui ne l'empêche pas de travailler pour vivre. A-t-il d'ailleurs l'argent et le temps nécessaire pour aller consulter un médecin ou venir à l'hôpital réclamer une consultation dite gratuite, mais en réalité très onéreuse en ce qu'elle lui coûte une journée ou tout au moins une demi-journée de salaire? Il laisse donc aller les choses. Au total, donc, ou bien il reste inconscient de sa maladie, ou bien il ne la constate parfois que pour la méconnaître.

IV

PRONOSTIC.

Il serait prématuré d'aborder ici la question du pronostic général de la syphilis, puisque nous ne connaissons encore, de par ce qui précède, que les deux premières étapes de la maladie, et que, comme chacun le sait, les grands dangers de l'infection spécifique sont contenus dans la troisième. Je n'aurai donc en vue ici que de rechercher si quelques éléments de *pronostic prévisionnel* peuvent être tirés de la qualité des symptômes par lesquels se traduit la maladie ou de l'évolution qu'elle affecte dans ses deux périodes initiales.

Quelques remarques d'ordre général s'imposent cependant au début de cet exposé. Ainsi, trois points sont à spécifier tout d'abord.

I. — *Le pronostic de la syphilis est bien loin d'être équivalent, dans n'importe quel cas particulier, à la somme intégrale des manifestations qu'elle est susceptible de produire.*

Il s'en faut, en effet, et de beaucoup, que la syphilis épuise tous les symptômes dont elle est capable sur un même sujet. Bien au contraire, dans un cas donné, quel qu'il soit, elle se borne toujours à un certain nombre d'accidents, nombre toujours très inférieur à celui qu'elle devrait atteindre si elle était astreinte à compléter son cadre. De sorte qu'en définitive la vérole n'est jamais *tout ce qu'elle pourrait être.* Relativement à ce qu'elle pourrait faire, elle est plutôt avare que prodigue de ses manifestations. — C'est là un point qu'il suffira d'énoncer.

II. — *Le pronostic de la syphilis est bien loin d'être toujours adéquat*

à celui des manifestations propres par lesquelles elle se traduit dans un cas donné ; il comporte en plus certains **dangers indirects** *de la maladie.*

Sans doute il est des sujets (privilégiés, ceux-ci) pour lesquels la syphilis est la syphilis et rien de plus. Pour eux, les dangers de la maladie se réduisent à ceux des symptômes qui dérivent directement de la maladie. Mais il en est quantité d'autres pour lesquels la syphilis, de par la réaction et l'influence générale qu'elle exerce sur l'individu, devient, indépendamment de ses symptômes propres, l'occasion de troubles morbides de tout autre nature, ne comportant plus rien de spécifique.

En autres termes, la syphilis n'a pas seulement ses dangers *directs*, elle a aussi ses **dangers indirects**, sur lesquels j'ai déjà insisté assez longuement dans un autre chapitre de cet ouvrage (p. 256 et suiv.) pour n'avoir plus à y revenir. Je ne ferai donc que rappeler ici, à propos de ces derniers, ce que j'en disais précédemment, à savoir qu'en nombre de cas ils sont de nature à assombrir singulièrement le pronostic de la syphilis, au point de devenir parfois plus sérieux et plus graves que ceux qui dérivent des manifestations spécifiques, voire au point de reléguer la syphilis au second plan dans l'ensemble morbide dont elle est originairement cause. De l'expérience clinique, en effet, il ressort :

1° Que la syphilis constitue parfois une véritable **cause d'aggravation** ou même, en certains cas plus rares, de **malignité** pour les maladies incidentes qui viennent à sévir sur un organisme contaminé ;

2° Que, de même, en diminuant, en infériorisant les forces de résistance de l'organisme vis-à-vis des influences pathologiques de tout ordre, elle expose les sujets qu'elle affecte à subir d'autant plus facilement ces dites influences. Un sujet syphilitique, j'en ai la conviction, est *plus vulnérable* qu'un sujet sain, plus accessible à tel ou tel contage, moins réfractaire au développement de telle ou telle prédisposition héréditaire ou acquise, etc. C'est de la sorte assurément que la syphilis aboutit souvent à la scrofule, à la tuberculose, aux manifestations diverses du nervosisme, à l'herpès, à la leucoplasie, à l'épithéliome, à la pelade, et à tout le groupe (qui va s'élargissant de jour en jour) des affections dites *parasyphilitiques*. Sans parler même (mais ceci ressort pour l'instant de notre sujet) de ces curieux troubles dystrophiques qui sont les conséquences de l'hérédité spécifique.

Très certainement, donc, la syphilis *exalte la susceptibilité morbide* et ouvre le champ à des états morbides multiples non moins que divers, qui, sans elle, sans son appoint, auraient pu ne jamais se produire. Cela, à coup sûr, n'est pas et ne sera jamais démontrable d'une façon mathématique ; mais cela est le résultat de l'observation et de l'impression cliniques, lesquelles sont les meilleurs juges en pareille matière.

Or, ces dangers indirects de l'infection spécifique, on les oublie trop souvent, quand on parle de son pronostic général. « La vérole, dit-on, c'est la vérole, et rien de plus. » Nullement, dirai-je à mon tour. La vérole, c'est d'abord la vérole; mais c'est ensuite et surtout, au moins pour nombre de cas, la santé générale compromise, l'organisme débilité, la constitution défaillante, et, conséquemment, les *imminences morbides accrues* en même temps que la *résistance vitale amoindrie.*

Et ces dangers indirects, je ne crains pas de le répéter encore, sont souvent bien supérieurs, comme gravité, à ceux qui dérivent directement de la syphilis. Ainsi, *quoi de plus grave dans toute la syphilis que les affections parasyphilitiques*? Contre la syphilis vraie, nous avons le recours puissant (je ne dis pas infaillible) des agents spécifiques ; tandis que, vis-à-vis de la parasyphilis, nous sommes le plus souvent désarmés. On guérit, par exemple, ou l'on a chance de guérir une myélopathie syphilitique; mais guérit-on le tabes ?

I

Étant donné un cas quelconque de syphilis, il y a toujours lieu, relativement à la question qui nous occupe, de distinguer: 1° **son pronostic actuel**, et 2° **son pronostic d'avenir**.

Le pronostic actuel est celui de l'accident ou des accidents qu'on a sous les yeux, celui de la période où en est arrivé le malade. Le pronostic d'avenir, c'est l'éventualité tertiaire, c'est-à-dire la possibilité d'accidents éloignés, venant à se produire à cinq, dix, quinze, vingt, trente ans de date, et plus tard encore, après le début de l'infection.

Or, de ces deux pronostics, l'un, le premier, peut toujours être facilement établi d'après la qualité des symptômes actuels, l'état général du malade, l'influence exercée par le traitement, etc. L'autre, bien au contraire, reste toujours plus qu'incertain et ne saurait *en aucun cas*, comme nous le verrons bientôt, être déterminé d'une façon précise. C'est ce dernier cependant sur lequel il y aurait intérêt majeur à être fixé. Et pourquoi ? C'est qu'*en lui réside la gravité habituelle, la gravité vraie de la vérole.*

Dressons, en effet, le bilan pronostique de la maladie et voyons à quelle période, à quelle étape, la syphilis est surtout redoutable.

Les dangers de la syphilis sont-ils dans l'étape primaire? Non, bien évidemment.

Sont-ils dans l'étape secondaire? Non encore, du moins pour la très grande généralité des cas.

Sont-ils dans l'étape tertiaire ? Oui, certainement oui.

Et, en effet, pour reprendre une à une ces trois propositions, de quoi

se compose l'étape primaire ? D'un accident local, petit, minime, insignifiant, et d'une adénopathie proportionnellement bénigne, au point de passer le plus souvent inaperçue. — Le phagédénisme, il est vrai, peut compliquer le chancre ; mais ce n'est là, on le sait, qu'une éventualité des plus rares, voire tout à fait exceptionnelle. Donc, au total, rien à craindre de la période primaire.

La période secondaire est-elle plus à redouter ? Assurément. Au total, néanmoins, elle est plutôt *vexatoire* que grave, en général. Elle afflige bien les malades de symptômes multiples, visibles, affichants, pénibles, très pénibles même parfois ; mais elle ne fait guère que cela, le plus fréquemment du moins, et ne comporte pas en général, surtout avec l'aide du traitement, de pronostic véritablement grave.

J'accorde qu'à cette étape de la vérole se rattachent certaines manifestations sérieuses, telles que les suivantes :

Affections oculaires, pouvant aboutir à compromettre la vision ; — *surdité foudroyante* ; — *néphrite* ; — *ictère grave* ; — *troubles dénutritifs*, susceptibles de déterminer une débilitation plus ou moins persistante, de diminuer la résistance de l'organisme vis-à-vis d'affections incidentes, d'ouvrir carrière à des prédispositions morbides en puissance, etc. (1). — Mais ces diverses manifestations sont rares, et d'autant plus rares qu'elles sont plus graves. Il est tout à fait insolite qu'elles mettent la vie en cause. Il est absolument exceptionnel qu'on meure de syphilis secondaire.

De sorte que, tout compte fait, la période secondaire n'expose les malades qu'à un nombre restreint de manifestations plus ou moins importantes. Ce n'est pas elle assurément qui fait le danger de la vérole.

Le danger de la vérole, il réside dans la *période tertiaire*. C'est la période tertiaire, en effet, qui produit ces lésions ulcéreuses, destructives, qui aboutissent à des délabrements irréparables, ou bien ces scléroses atrophiques, désorganisatrices, qui anéantissent les parenchymes. C'est elle qui s'attaque aux viscères, de façon à compromettre les fonctions les plus essentielles et menacer les organes indispensables à la vie. C'est elle qui met en cause, et d'une façon toujours sérieuse, les os, les muscles, les testicules, le larynx, les poumons, le foie, les reins, le cœur, le cerveau, la moelle, etc. Rien n'est indifférent dans la période tertiaire ; tout y est ou peut y devenir grave, si le traitement n'intervient pas ; et, même avec le traitement, il est dans cette période de la maladie nombre de lésions qui, à un moment donné, s'élèvent au-dessus des ressources de l'art, pour se terminer soit par des infirmités permanentes, soit même et fréquemment par la mort.

(1) Je ne parle pas ici de l'avortement, si commun comme accident de l'étape secondaire, parce que, s'il est fatal pour le fœtus, il reste indifférent pour la mère.

Donc :

LE PRONOSTIC GÉNÉRAL DE LA SYPHILIS EST SUBORDONNÉ PRESQUE EXCLUSIVEMENT A CELUI DE LA PÉRIODE TERTIAIRE.

Donc, aussi, pour les deux périodes que nous avons étudiées jusqu'ici, il s'ajoute toujours au pronostic actuel un *pronostic d'avenir* beaucoup plus sérieux, beaucoup plus alarmant, que le médecin ne doit jamais perdre de vue et contre lequel d'emblée doit être dirigé l'effort thérapeutique. Guérir un malade des accidents primaires n'est rien ; — le guérir ou le préserver des vexations de la période secondaire n'est que minime partie de l'œuvre à accomplir ; — prévenir la période tertiaire, *conjurer l'imminence tertiaire*, voilà le but essentiel à atteindre ; *tout est là*.

En conséquence, il y aurait pratiquement un intérêt majeur à être renseigné sur ce pronostic d'avenir et à savoir si telle syphilis est destinée ou non à passer par l'étape tertiaire. Malheureusement, les éléments de ce diagnostic prévisionnel nous font presque absolument défaut; et, un cas de syphilis jeune étant donné, nous ne pouvons dire s'il aboutira ou non aux accidents de cette troisième et redoutable période. Sans doute, comme vous allez le voir bientôt, il nous est permis d'émettre sur ce point quelques présomptions favorables ou défavorables, quelques espérances ou quelques craintes basées sur des inductions rationnelles ; mais il nous est interdit d'aller au delà de simples présomptions, à coup sûr fort modestes, et la certitude absolue nous échappe en pareille matière. — Du reste, la discussion qui va suivre fixera les idées à cet égard.

On a beaucoup parlé, surtout dans ces derniers temps, de véroles *bénignes* et de véroles *graves*, de véroles *faibles* et de véroles *fortes*. « La vérole n'est pas toujours la même, a-t-on dit. Tantôt (à ne citer que les types extrêmes) elle se borne à quelques accidents légers et superficiels, après lesquels, spontanément, elle rentre dans le silence ; et tantôt, au contraire, elle inflige aux malades des manifestations multiples autant que sérieuses, qui se succèdent à divers intervalles et témoignent d'une infection grave permanente. Donc, il y a des degrés et des formes variées d'intoxication, etc. » Cela est absolument vrai ; et cela, d'ailleurs, n'est pas une nouveauté, car les praticiens de tous les temps ont reconnu dans la syphilis des types très différents comme symptômes, comme évolution, comme gravité.

Jusqu'ici, rien de mieux. Mais on est allé plus loin, et l'on a cru pouvoir inférer de certains signes empruntés aux périodes primitive et secondaire ce que doivent être les phases ultérieures de la maladie. On a voulu — qu'on me passe le mot — tirer l'horoscope de la vérole d'après certaines particularités fournies par le chancre ou les accidents secondaires. De louables efforts, auxquels je rends toute justice,

ont été faits en ce sens pour éclairer le pronostic d'avenir de la diathèse. Je regrette d'avoir à dire qu'ils n'ont guère avancé la question. Plus sévèrement, je dois même ajouter que certaines inductions plus que téméraires, récemment émises à ce propos, ont introduit dans la science de dangereuses erreurs. On va en juger.

Il est possible, il est « facile » même, a-t-on dit, de pronostiquer « à première vue » l'avenir d'une syphilis, et cela d'après quelques signes tels que les suivants : provenance de la contagion ; — caractères de la lésion primitive ; — durée de la première et de la seconde incubation ; — caractères de la première poussée d'accidents généraux ; — nombre, forme, écart chronologique des poussées ultérieures ; — développement de certains symptômes de fâcheux présage (adénopathies multiples, alopécie, iritis, onyxis), etc.

Ainsi, on a donné comme indices et garanties d'une vérole légère, destinée à s'épuiser rapidement : l'origine *secondaire* de la maladie, ou, en autres termes, sa filiation originelle procédant d'un accident secondaire ; — la forme érosive et l'induration minime du chancre ; — le caractère bénin de la première poussée ; — la série peu nombreuse des poussées ultérieures, espacées les unes des autres par de longs intervalles, etc.

Inversement, il y aurait lieu, dans le même ordre d'idées, à redouter une vérole grave et longue si la maladie dérive de la contagion d'un accident primitif ; — si l'incubation de cet accident a été courte ; — si le chancre est ulcéreux et fortement induré ; — si la première poussée éruptive appartient à une autre forme que l'érythème simple ; — s'il se produit ensuite des poussées multiples, se succédant à courtes échéances, etc., etc.

Qu'y a-t-il de vrai et de fondé dans tout cela ? C'est là ce que j'ai devoir d'examiner actuellement.

I. — D'abord, existe-t-il une relation forcée, constante, ou même habituelle, entre la *provenance* d'une syphilis et son degré d'intensité ? Est-il démontré que toute syphilis née de la contagion d'un chancre doive être une syphilis *forte* ? Et surtout (contre-partie plus importante en l'espèce) est-il vrai que toute syphilis dérivée d'une contagion secondaire soit astreinte à n'être dans le présent et l'avenir qu'une syphilis *faible* ?

Pour qu'un fait majeur comme celui-ci pût être accepté, il devrait reposer sur un nombre considérable d'observations — et d'observations bien authentiques, bien complètes, surtout *de longue haleine* — permettant d'établir un parallèle démonstratif entre les syphilis dérivées du chancre et les syphilis dérivées d'un contage secondaire. Or, où sont les observations de ce genre ? On les chercherait vainement. Nous n'avons pas même les éléments d'une statistique sérieuse à ce sujet.

La qualité du contage (primitif ou secondaire) est-elle capable d'exercer une influence sur les symptômes et l'intensité de l'infection? Cela, rigoureusement, serait bien possible; mais, dans l'état actuel de nos connaissances, rien n'est démontré sur ce point. Les avis d'ailleurs sont plus que partagés à cet égard, et la plupart des syphiliographes inclinent à penser qu'il est peu de compte à tenir de l'origine d'une syphilis pour mesurer par avance son intensité probable dans l'avenir. « J'en suis arrivé, dit par exemple M. Rollet, et je crois que c'est l'avis qui finira par prévaloir, *à tenir peu de compte de l'origine de la syphilis,* et à me préoccuper beaucoup plus du malade qui en est affecté que de celui qui l'a transmise. » Pour ma part, je n'ai pas vu grande différence jusqu'ici entre la vérole née d'un chancre et la vérole née d'un accident secondaire.

Je puis même affirmer que cette dernière, en maintes occasions, s'est présentée à moi avec une allure grave, voire avec les manifestations les plus alarmantes. A preuve ce qui se produit parfois dans les contaminations par l'allaitement ou par le vaccin. Ainsi :

1° La syphilis des nourrices infectées par les nourrissons syphilitiques est souvent grave, très grave même, comme nous l'avons vu par ce qui précède. Or, ne dérive-t-elle pas cependant, au moins pour l'énorme majorité des cas, de lésions *secondaires* de la bouche?

2° La syphilis vaccinale, elle aussi, a un renom de gravité qu'elle a mérité plus d'une fois. Et cependant elle procède, non pas d'un chancre, mais d'une infection humorale. — Etc.

Conclusion : Rien à inférer, relativement aux conséquences possibles d'une infection syphilitique, de la qualité des accidents qui ont transmis l'infection.

II. — Second signe, donné comme prévisionnel. — La gravité d'une syphilis est-elle, comme on l'a dit, en raison inverse de la *durée d'incubation* du chancre? En autres termes, un chancre à incubation longue est-il le présage d'une syphilis forte, et un chancre à incubation courte celui d'une syphilis faible?

Ici, le débat peut être abrégé, et pour cause. C'est que la science, loin d'être faite, n'est même pas ébauchée sur ce point. Rien autre à ce sujet que conjectures et hypothèses. J'ajouterai même que, dans mon for intérieur, j'estime un signe de cet ordre peu susceptible de fournir jamais un critérium de quelque valeur pour le pronostic d'avenir d'une syphilis.

III. — Troisième signe. — Les caractères de la *première poussée éruptive* permettent-ils de préjuger l'avenir d'une syphilis?

On l'a dit. D'après M. Diday, la première syphilide « donne une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début ». Elle est, ajoute le même auteur, comme « un premier chapitre où

l'œuvre tout entière se peint fidèlement, se dessine, pour qui sait lire. Si un seul signe m'était accordé pour prédire la destinée spéciale d'un homme chez qui la syphilis commence, c'est assurément celui-là que je choisirais. »

Dans cette doctrine, rien de plus facile à établir que le pronostic d'avenir de la vérole. La première poussée à la peau se fait-elle sous forme d'un érythème simple, sans mélange de papules, de squames ou de croûtes, la syphilis ultérieure sera à jamais bénigne et « la cure spontanée en est presque certaine » (!). La première syphilide, au contraire, appartient-elle aux formes papuleuses, squameuses, vésiculeuses ou pustuleuses, c'est là une menace de syphilis grave.

Or, pour une part de vérité, cette proposition contient une bien large part d'erreur. Je m'explique.

Il est vrai, incontestablement, qu'au début d'une syphilis secondaire une roséole érythémateuse, pure et simple, comporte un pronostic *actuel* moins grave qu'une syphilide d'autre forme, notamment qu'une syphilide suppurative, ulcéreuse.

Il n'est pas moins vrai, réciproquement, qu'une syphilide de forme tardive, ulcéreuse par exemple, inaugurant le stade secondaire, constitue un indice *actuel* défavorable, autant qu'un fâcheux présage pour un avenir plus ou moins rapproché.

Mais cela seul est vrai, et toute autre induction tirée du caractère de la poussée primitive est dénuée de fondement.

Souvent, en effet, on voit des syphilis qui, s'annonçant assez mal à leur début, se mitigent au delà et s'apaisent. Réciproquement, et ceci est bien plus essentiel à spécifier, le début bénin d'une syphilis n'est en rien une garantie d'avenir. Un malade peut commencer la syphilis par une roséole et la finir — la finir n'est même que le mot propre pour certains cas — par un accident des plus graves. Pronostiquer aux malades qui ont la roséole un avenir sans nuages, c'est leur donner une sécurité des plus illusoires et partant des plus dangereuses. Loin de leur dire : « Vous êtes sauvés, car vous avez eu la roséole », il serait plus sage, je crois, et plus conforme à l'expérience de leur tenir un tout autre langage, tel que le suivant, par exemple : « Vous avez la roséole, et cela n'est rien quant à présent; mais cela ne veut pas dire que vous serez toujours quittes de la vérole à si bon marché ; cela veut dire au contraire que vous avez la vérole avec toutes ses conséquences et tous ses dangers possibles. Donc, méfiez-vous, tenez-vous en garde contre des éventualités d'avenir inconnues, et, pour cela, traitez-vous. »

C'est qu'en effet innombrables sont les cas où dix, vingt, trente ans après la roséole, des accidents tertiaires graves ont signalé la présence permanente de la vérole dans l'organisme. Citer des cas de cet ordre serait empiéter sur ce qui doit suivre ; je me bornerai donc à affirmer le fait, dont bientôt je produirai la preuve.

Conséquemment, le début d'une syphilis par un exanthème bénin, tel qu'une roséole, ne constitue en rien un gage d'immunité pour l'avenir.

IV. — Faut-il accorder plus de confiance aux présages qu'on a cru pouvoir tirer du nombre, de la forme, de l'espacement chronologique des *poussées ultérieures* ?

Sans doute des poussées multiples, intenses, se succédant à courts intervalles, attestent de la façon la plus évidente une « mauvaise vérole », qu'il importe de surveiller de près et de combattre énergiquement. Cependant elles n'attestent, à vrai dire, qu'une mauvaise vérole *actuelle* et n'engagent pas nécessairement l'avenir. D'ailleurs (car c'est toujours là le point essentiel), la réciproque est-elle vraie? Des poussées peu nombreuses, légères ou moyennes d'intensité, largement espacées les unes des autres, signifient-elles que la diathèse doit s'en tenir là et que l'éventualité tertiaire n'est pas à redouter? Mille fois non. Il est des syphilis, et un grand nombre, qui aboutissent aux lésions tertiaires les plus graves sans passer par la série intermédiaire de poussées successives sérieuses et multiples. Exemple, entre cent autres du même genre : J'ai sous les yeux actuellement un malade d'une quarantaine d'années, affecté d'une lésion cérébrale très certainement syphilitique et diagnostiquée telle, non pas seulement par moi, mais par trois de mes collègues. Eh bien, pour tous accidents antérieurs, ce malade n'a eu que ceci : un chancre induré, une syphilide papulo-squameuse assez légère, quelques syphilides de la gorge, quelques adénopathies, et rien autre. Voilà donc un cas où la syphilis pourrait se terminer par la mort, après ne s'être accusée au préalable que par un très petit nombre de manifestations des plus bénignes. — Or, ce fait à coup sûr n'a rien d'anormal et d'extraordinaire. C'est là tout au contraire un fait commun, banal, comme on en rencontre chaque jour et comme en fourmille l'étape tertiaire.

V. — Enfin, les *caractères du chancre* permettent-ils de préjuger la gravité ultérieure de la diathèse?

« Tel chancre, telle vérole », a-t-on dit. Au chancre vrai, ulcéreux, extensif, fortement induré, succède une vérole grave, une vérole forte. Au chancre érosif, superficiel, légèrement induré, correspond une vérole faible. »

C'est là ce qu'a tenté d'établir le célèbre syphiliographe Léon Bassereau, et, par un juste hommage, cette corrélation entre la qualité du chancre et celle des accidents consécutifs a reçu le nom de **LOI DE BASSEREAU**. Le texte même de l'auteur doit être reproduit ici :

«... Dans les syphilides érythémateuses et papuleuses, les chancres profonds, les chancres phagédéniques surtout, forment une exception rare.

L'érosion chancreuse est le symptôme qui précède le plus souvent ces éruptions. Dans la syphilide pustuleuse, au contraire, le chancre érodé devient le symptôme précurseur exceptionnel, tandis que le chancre profond et le chancre phagédénique en deviennent le symptôme précurseur régulier. C'est ce qui prouve qu'il existe une corrélation étroite entre le degré de gravité des symptômes primitifs et le degré de gravité des syphilides consécutives. Je pourrais même démontrer, si ce n'était sortir de mon sujet, que ces rapports de gravité n'existent pas seulement entre le chancre et les syphilides, mais qu'ils s'étendent pareillement aux affections des systèmes fibreux et osseux, et en général à tous les accidents syphilitiques qui peuvent être consécutifs au chancre. De sorte qu'on peut considérer comme une loi la proposition suivante : Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration ; après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries.

« Le chancre est donc comme la pierre de touche de la constitution. Par l'action qu'il exerce sur les tissus, il est permis de prévoir la marche des accidents consécutifs soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. La bénignité du chancre annoncera des symptômes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra, au contraire, de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité (1). »

Que penser de cette prétendue loi de concordance entre le chancre et la syphilis qui le suit ? — Ceci, à mon sens.

La loi de Bassereau est vraie en tant que traduisant un rapport de caractères entre les accidents de deux périodes *voisines*, à savoir entre le chancre et la première ou les premières poussées secondaires.

Mais elle est fausse, si on l'étend chronologiquement, c'est-à-dire si on la considère comme exprimant un rapport de caractères entre le chancre et les manifestations d'une période éloignée. — Je m'explique.

Oui, il est positif (réserves faites pour le chapitre des exceptions dont il faut toujours tenir compte en médecine) qu'un chancre bénin, simplement érosif, faiblement induré et de durée éphémère, n'est généralement suivi que de poussées secondaires parallèlement et proportionnellement bénignes, légères, peu durables, etc.

Oui encore, il est positif qu'un chancre ulcéreux, large, profond, fortement induré, et surtout un chancre à tendance phagédénique ou nettement phagédénique, appelle à sa suite en général une syphilis secondaire sérieuse, immédiatement féconde en accidents multiples, importants, notamment en dermatoses ulcéro-croûteuses ou en manifestations de modalité tertiaire constituant ce qu'en langage technique on appelle le *tertiarisme précoce*.

Mais, d'autre part, non, il n'est pas de relation à établir entre la

(1) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852, p 442.

qualité du chancre et les suites *éloignées* de la syphilis. La preuve en est dans des milliers de cas où le chancre le plus bénin du monde a inauguré des syphilis qui, à échéances plus ou moins lointaines, se sont traduites par les accidents les plus sérieux, les plus graves, aboutissant souvent à une terminaison mortelle.

En sorte que la relation de forme comme bénignité ou comme gravité entre le chancre et les accidents dits constitutionnels *n'a qu'un temps*. Elle est formelle, indéniable entre le chancre et les *premières* poussées qui lui succèdent ; mais, au delà, elle n'existe plus. Chancre bénin, invasion secondaire bénigne ; chancre malin, invasion secondaire maligne, voilà qui est vrai. — Mais chancre bénin et syphilis indifféremment bénigne à toutes périodes, ou bien chancre malin et syphilis indéfiniment maligne, voilà qui est faux.

Chancre bénin et syphilis indéfiniment bénigne, voilà surtout la grosse et dangereuse erreur qui dériverait de la loi de Bassereau, si l'on acceptait cette loi dans le sens général qu'elle semble comporter et que très certainement ne lui rattachait pas Bassereau (1). Elle donnerait, en effet, à malades et médecins une sécurité des plus périlleuses sur l'avenir de toute syphilis ayant débuté par un chancre bénin.

Je le répète, le rapport exordial entre la modalité du chancre et la modalité de l'invasion secondaire constitue un fait vrai, consacré par l'observation clinique, fait pour lequel il convient de conserver le nom de **loi de Bassereau**. Mais à cela, et à cela seulement, se bornent les inductions légitimes à tirer des caractères du chancre. Tout autre pronostic prévisionnel déduit du chancre n'est plus qu'hypothèse, illusion, prophétie d'aventure, et rien de plus.

Au total, donc, le chancre ne fait, en toute vraisemblance, que traduire une disposition *actuelle* de l'organisme vis-à-vis de l'infection, et alors rien d'étonnant à ce que cette disposition, quelle qu'elle soit, se reflète, dans un sens corrélatif de bénignité ou de malignité, sur la période secondaire, puisque chancre et accidents secondaires se succèdent à courte échéance. Mais cette disposition n'est pas immuable nécessairement ; loin de là, elle peut se modifier avec le temps. De sorte qu'elle n'engage en rien l'avenir. Aussi telle syphilis qui « commence bien », suivant l'expression consacrée, n'en est-elle pas moins exposée à « mal finir », et cela sous des influences qui nous échappent absolument. En tout cas et quelle que soit l'explication du fait, ce qui est bien certain, c'est que la bénignité originelle du chancre n'implique en rien une bénignité équivalente de la syphilis dans ses périodes lointaines, ne constitue en rien une sauvegarde contre des éventualités tertiaires graves, voire des plus graves.

(1) Cela, je puis l'affirmer, pour avoir causé plusieurs fois de ce sujet avec l'éminent syphiliographe.

J'en ai fini avec la revue des signes principaux (faisant grâce au lecteur de plusieurs autres qui ne méritent pas discussion) sur lesquels on a voulu baser le pronostic prévisionnel de la syphilis. Aucun de ces signes, on vient de le voir, n'a de valeur réelle; aucun ne fournit de renseignements sérieux sur les éventualités possibles de la diathèse.

La plupart de ces prétendus signes reposent sur une conception toute théorique, à savoir : qu'il doit exister une concordance de forme et d'intensité entre les accidents initiaux de la maladie et ceux d'une époque postérieure. La vérole est-elle grave originairement, on suppose qu'elle doit continuer à être grave dans ses phases ultérieures; est-elle bénigne à ses débuts, on préjuge qu'elle restera bénigne indéfiniment, on se flatte même de l'espoir qu'elle sera bientôt éteinte. Or, ce rapport théorique entre les étapes successives de la diathèse est loin d'être légitimé par l'observation, et le présent, en syphilis, n'est en rien « le miroir de l'avenir ».

S'il ne s'agissait ici que d'une question de doctrine, je me bornerais à signaler l'erreur, et tout serait dit. Mais il y a plus, et j'ai devoir d'insister; car, en l'espèce, l'erreur doctrinale aboutit à des conséquences pratiques d'un intérêt considérable, comme on va en juger.

Lorsqu'une syphilis se borne, dans ses périodes primitive et secondaire, à un petit nombre d'accidents et d'accidents légers, on prend confiance et l'on se laisse aller involontairement (je dirais presque malgré soi) à traiter la maladie d'une façon moins énergique, moins assidue, moins prolongée, que dans des conditions différentes. Rien ne s'est produit de grave, rien ne se produit plus; il ne semble guère qu'il y ait utilité à prolonger, à « éterniser » le traitement. On cesse donc la médication, et le plus souvent, d'ailleurs, les malades, en suspendant leurs visites, vous épargnent le souci de décider s'il y aurait lieu de la continuer plus longtemps. Or, qu'arrive-t-il ? C'est que, très fréquemment, ces syphilis réputées bénignes et prématurément abandonnées à elles-mêmes se réveillent soudain, à échéances plus ou moins éloignées, pour se traduire par une manifestation tertiaire, manifestation toujours sérieuse, souvent grave, parfois même fatale. De cela? à qui la faute? Pour une bonne part, assurément, à la doctrine optimiste qui, déchargeant de tout risque d'avenir les syphilis originairement bénignes, invite à ne leur opposer qu'un traitement provisoire, tout à fait insuffisant.

La vérité clinique, au contraire, la grande vérité essentielle à connaître, c'est que **la bénignité initiale d'une syphilis ne constitue en rien une immunité d'avenir**, c'est qu'une syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir.

J'en appelle ici à l'expérience commune. Quel médecin n'a pas eu à constater des accidents tertiaires graves chez des sujets à antécé-

dents spécifiques bénins; — chez des sujets dont le chancre n'avait été qu'un insignifiant bouton; — chez des sujets qui n'avaient éprouvé que des manifestations secondaires sans importance; — chez des sujets, enfin, dont les symptômes primitifs et secondaires avaient pu, à force même de bénignité, ou bien rester méconnus comme nature, ou bien même passer inaperçus?

Et les cas de ce genre sont-ils exceptionnels, sont-ils même rares? Nullement. Ils pullulent dans la science; ils pullulent dans la pratique courante. Je m'engage à en citer un grand nombre quand je ferai l'histoire de la période tertiaire. Mais dès aujourd'hui je tiens à en présenter quelques-uns, en raison de l'importance capitale qui se rattache à cette question.

Que le lecteur veuille bien jeter simplement les yeux sur le tableau suivant. Ce tableau résume un certain nombre de faits (une trentaine) que j'ai observés soit à l'hôpital, soit dans ma pratique de ville. Dans la colonne de gauche j'ai consigné sommairement tous les accidents qui ont traduit, chez mes malades, les périodes primaire et secondaire; dans celle de droite j'ai inscrit en regard les manifestations de l'étape tertiaire.

Périodes primaire et secondaire.	**Période tertiaire.**
I. — Chancre induré. — Roséole. — Maux de gorge; croûtes du cuir chevelu.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse, étendue à presque tout le pharynx.
II. — Chancre induré. — Plaques muqueuses buccales. — Sciatique.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse du pharynx. — Gomme du voile palatin. — Destruction d'une grande partie du voile. — Plus tard, choroïdite. — Accidents de syphilis cérébrale. — Mort.
III. — Petit chancre érosif. — Syphilide papuleuse légère. — Quelques plaques muqueuses buccales.	Accès épileptiques; puis accidents multiples de syphilis cérébrale. — Mort.
IV. — Accident primitif méconnu. — Roséole. — Syphilide croûteuse du cuir chevelu. — Maux de gorge.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse du pharynx. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la verge, de forme phagédénique.
V. — Contagion par cathétérisme de la trompe d'Eustache. — Syphilides cutanées légères. — Maux de gorge.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse du pharynx. — Gomme du voile du palais. — Perforation et destruction partielle du voile. — Nécrose des os nasaux. — Ozène. — Éboulement du nez.
VI. — Chancre méconnu. — Syphilides légères. — Arthralgies. — Céphalée.	Énorme ulcère du pharynx. — Gomme du palais. — Carie des os palatins, du vomer, d'une portion des maxillaires supérieurs, des cornets, etc. — Ozène. — Gomme de la langue — Destruction de tout le voile du palais et d'une grande partie du palais osseux. — Sarcocèle. — Atrophie d'un testicule.
VII. — Chancre érosif. — Quelques taches sur le corps. — Plaques buccales.	Vaste syphilide tuberculo-ulcéreuse de l'arrière-gorge. — Caries multiples du squelette des fosses nasales. — Ozène. — Syphilide gommeuse de la langue. — Destruction d'une partie de la langue. — Récidive d'ulcérations profondes sur la langue. — Imminence de cachexie.

VIII. — Période primaire et période secondaire méconnues.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse, ayant détruit tout le palais. — Exostose du radius.
IX. — Chancre méconnu. — « Taches sur le corps ». — Iritis.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse confluente, couvrant tout le visage. — Guérison avec cicatrices profondes. — Malade défigurée.
X. — Chancre induré. — Plaques buccales. — Croûtes du cuir chevelu.	Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la verge. — Guérison. — Récidive. — Perforation de l'urèthre en deux points. — Double fistule uréthrale.
XI. — Petit chancre, très rapidement guéri. — Psoriasis palmaire. — Maux de gorge.	Syphilide tuberculo-gangreneuse du nez, de forme suraiguë. — Nécrose aiguë du squelette nasal. — Perte de tout le nez.
XII. — Chancre induré. — Accidents secondaires légers. — Érosions buccales.	Ecthyma profond. — Carie des maxillaires supérieurs, des os propres du nez, des cornets, du vomer, des os palatins. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse de la face. — Gomme du voile palatin. — Perte absolue du nez et de tout le palais. — Cachexie progressive. — Mort.
XIII. — Érosions chancreuses indurées. — Roséole. — Plaques buccales.	Exostose des vertèbres cervicales, faisant saillie dans le pharynx. — Dysphagie, aphonie, étouffements, menace d'asphyxie. — Guérison rapide par le traitement spécifique.
XIV. — Chancre induré. — Éruptions légères. — Angine; érosions buccales.	Exostose d'un métacarpien. — Exostose du maxillaire inférieur. — Énorme exostose du cubitus (extrémité supérieure) ; ankylose incomplète.
XV. — Chancre érosif, parcheminé. — Quelques syphilides légères. — Plaques buccales. — Céphalée.	Syphilis cérébrale. — Hémiplégie faciale. — Troubles intellectuels, hallucinations, subdelirium. — Titubation. — Polyurie. — Guérison par le traitement spécifique.
XVI. — Chancre induré. — Syphilide papuleuse. — Plaques buccales.	Syphilis cérébrale. — Accès épileptiques. — Hémiplégie passagère. — Perte absolue de la mémoire. — Troubles intellectuels passagers. — Guérison par le traitement spécifique.
XVII. — Chancre induré. — Plaques muqueuses. — Rien autre.	Syphilis cérébrale. — Accidents de tumeur intra-cranienne. — Mort.
XVIII. — Chancre induré. — Traitement de huit mois. — Nul accident secondaire.	Syphilis cérébrale. — Hémiplégie gauche guérie par le traitement spécifique. — Trois ans plus tard, hémiplégie droite guérie par le même traitement. — Récidive d'accidents cérébraux. — Mort.
XIX. — Chancre induré. — Syphilides buccales.	Syphilis cérébrale. — Accès épileptiques. — Guérison par le traitement spécifique.
XX. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides buccales. — Plaques anales. — Syphilide palmaire.	Paraplégie. — Guérison par le traitement spécifique.
XXI. — Chancre induré. — Roséole. — Syphilides buccales.	Paralysie générale. — Mort.
XXII. — Chancre induré. — Syphilide érythémato-papuleuse. — Syphilides buccales très légères.	Paralysie générale. — Mort.
XXIII. — Chancre érosif, minime. — Syphilide érythémateuse.	Paralysie générale. — Mort.

XXIV. — Chancre inaperçu. — Syphilides vulvaires. — Iritis.

XXV. — Chancre induré. — Plaques muqueuses de la gorge.

XXVI. — Chancre induré. — Syphilides buccales. — Rien autre.

XXVII. — Chancre induré. — Roséole de récidive. — Syphilide papulo-squameuse annulaire.

XXVIII. — Chancre induré. — Éruptions sur le corps. — Alopécie. — Douleurs des membres.

XXIX. — Accident primitif inaperçu. — Syphilides légères. — Céphalée.

XXX. — Chancre. — Eruptions à la peau. — Ulcérations buccales à plusieurs reprises.

Paralysies oculaires. — Accidents cérébraux. — Paralysie générale. — Mort.

Ataxie locomotrice. — Exostose du fémur. — Exostose du tibia.

Ataxie locomotrice. — Atrophie papillaire.

Céphalée violente. — Paralysie éphémère de la face et d'un bras. — Hémiplégie complète. — Guérison par le traitement spécifique. — Récidive. — Mort.

Atrophie papillaire. — Rétinite pigmentaire. — Cécité absolue.

Exostoses multiples. — Gommes. — Énorme carie du frontal. — Cachexie. — Mort.

Cinquante-deux ans après le début de l'infection, carie spécifique du maxillaire inférieur. — Cinquante-cinq ans après le début de l'infection, énorme tumeur gommeuse de la cuisse. — Guérison très rapide par l'iodure de potassium.

II

Cependant, tout n'est pas absolument mystère dans la question qui nous occupe, et le voile est actuellement levé sur certaines conditions propres à atténuer ou à exagérer les dangers de la syphilis. Ce dernier point mérite toute notre attention.

I. — L'inégalité, qui existe dans toutes les choses de ce monde, se retrouve dans la vérole comme partout ailleurs. Et je serai d'accord avec le sentiment général en disant, par exemple, que, sur vingt sujets venant à contracter la syphilis aujourd'hui, je suppose, il y en aura un certain nombre qui s'en tireront « à bon marché », c'est-à-dire qui n'éprouveront de la maladie que des manifestations relativement bénignes, tandis que tels autres seront sévèrement touchés par elle et affligés d'accidents redoutables, voire peut-être mortels. Le dicton populaire est donc vrai, et, bien sûrement, « il y a vérole et vérole, comme fagot et fagot ».

Or, cette inégalité une fois constatée et enregistrée à l'état de fait irrécusable, un dilemme s'impose, que voici :

Ou bien les conditions qui impriment à certaines syphilis une gravité particulière dérivent du « *germe originel* », de la « *graine* » qui a donné naissance à cette syphilis, ou, pour parler le langage du jour, du « *contage* et du degré de virulence de ce contage » ;

Ou bien elles dérivent du *terrain* sur lequel cette graine virulente a été appelée à germer, c'est-à-dire de la personnalité même du malade.

D'après cela, donc, si telle syphilis est grave, elle le doit soit à sa provenance d'un germe pathogène qui portait en lui-même la raison

de cette gravité, soit à la nature du terrain sur lequel elle s'est développée.

Ces deux interprétations constituent ce que, de vieille date, on a désigné sous les noms de « théorie de la graine » et « théorie du terrain ». Inutile de rappeler qu'elles ont longtemps agité et divisé la science. Peut-être même tout n'est-il pas dit à leur égard, car la découverte du bacille de la syphilis (qui ne peut manquer de se produire un jour ou l'autre) nous réserve sans doute nombre de surprises sur des points dont nous n'avons même pas idée aujourd'hui. Toujours est-il que, dans l'état actuel de nos connaissances, la doctrine de la graine semble bien devoir s'effacer devant celle du terrain. Et voici pourquoi.

Dans les confrontations nombreuses qui ont été faites depuis un certain nombre d'années entre sujets contaminants et sujets contaminés, on n'a que rarement, bien rarement, constaté une identité de formes, au point de vue de la gravité morbide, entre la syphilis *mère* et la syphilis *fille*. Autrement dit, on n'a pas vu ceci : une syphilis bénigne ou grave dériver d'une syphilis bénigne ou grave. Tout au contraire, ce qu'on a vu maintes fois, c'est une syphilis grave reconnaître comme origine une syphilis d'ordre commun, souvent même d'ordre bénin, et inversement. Et il y a plus, car on a parfois constaté un constraste absolu, considérable, énorme, entre deux syphilis issues l'une de l'autre. De cela je citerai deux exemples, entre beaucoup d'autres que j'aurais à produire.

Un jeune homme contracte la syphilis et n'en éprouve que quelques accidents des plus légers (roséole et quelques plaques buccales). En raison de cette bénignité de la maladie, il obtient de son médecin la permission de se marier, et se marie dans la seconde année de l'infection (exactement au vingt-deuxième mois). Il ne tarde guère à contagionner sa femme, du fait, sans doute, d'érosions labiales qui lui reviennent de temps à autre sous l'influence excitante du tabac. Or, la syphilis prend d'emblée sur cette jeune femme une forme des plus malignes, au point de déterminer en quelques mois un phagédénisme facial et guttural qui reste rebelle au traitement et aboutit à ceci : perte de toute la peau du visage, intégralement ; perte absolue du nez ; mutilation de toute la gorge, etc. !

Second fait. — J'ai eu pendant longtemps dans mon service de Lourcine une jeune femme qui fut éprouvée par une syphilis phagédénique encore bien plus atroce (on en pourra juger par quelques moulages recueillis sur cette malade, qui figurent au musée de Saint-Louis sous les n°s 148, 149, 150 et 239 de ma collection particulière) et dont voici, très sommairement, la navrante histoire.

Contamination spécifique dès les premiers temps du mariage. — Chancre phagédénique vulvaire. — Grossesse. — Quelques mois plus tard, invasion de syphilides ulcéro-croûteuses confluentes,

qui revêtent bientôt le caractère phagédénique. Énormes ulcérations térébrantes et serpigineuses se produisant de tous côtés, sur la face, sur le crâne, sur le tronc, sur les membres. A peine sont-elles guéries que d'autres leur succèdent, puis d'autres à celles-ci. Finalement, visage horriblement mutilé; destruction complète du nez, destruction absolue de la lèvre supérieure, grandes excavations creusées çà et là sur les membres. — Puis, affaiblissement général, amaigrissement, consomption progressive ; — et mort, par une de ces broncho-pneumonies qui servent de terminaison usuelle aux grands états infectieux ou cachectiques.

Or, d'une part, cette malade ne présentait rien, ni dans ses antécédents, ni dans son habitus, qui parût de nature à la prédisposer à des accidents d'une telle malignité. C'était une jeune ouvrière d'assez bonne apparence, de santé moyenne, non scrofuleuse, non tuberculeuse, non alcoolique, exempte de tares héréditaires, n'ayant jamais souffert de privations, n'ayant jamais eu de chagrins, etc.

Et, d'autre part (ceci est le point qui nous intéresse), la syphilis atroce de cette femme était issue d'une syphilis des plus ordinaires, voire d'une de ces syphilis qu'on qualifie usuellement de bénignes. Car son mari, que j'ai examiné plusieurs fois, n'a jamais présenté que ceci en tant qu'accidents spécifiques : un *petit* chancre, qui s'est cicatrisé en quelques semaines, une roséole, et quelques très légères syphilides buccales.

Impossible, donc, dans l'un et l'autre de ces cas, d'imputer à la « qualité de la graine » le caractère malin de l'infection.

II. — Mais alors, si ce n'est pas la graine qui fait la gravité d'une syphilis, faut-il donc rapporter cette gravité à la qualité du terrain, c'est-à-dire à la personnalité du malade?

Telle est, en effet, la doctrine en faveur. A cela près de quelques dissidents (1), la très grande majorité des syphiliographes contem-

(1) De ce nombre, par exemple, est mon éminent collègue et ami le professeur Gémy (d'Alger). Pour lui, « une syphilis contractée à une source *vierge de tout traitement*, par conséquent non atténuée, est grave et peut même devenir mortelle, si elle n'est pas méthodiquement traitée; — tandis qu'une syphilis contractée à une *source traitée*, longtemps traitée par le mercure, reste bénigne et guérit rapidement par une dose relativement faible de parasiticide ».

« J'appuie cette proposition, ajoute-t-il, sur ce fait d'observation que les syphilis kabyles, qui ne sont jamais mercurialisées, transmises aux Européens, donnent des syphilis d'une très grande gravité, *quelle que soit la nature du terrain récepteur.* »

Conclusion : « Ce qui fait la gravité de la vérole, c'est la graine. » (*Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-88.*)

Comme témoignages en faveur de cette doctrine, M. le professeur Gémy cite plusieurs observations, notamment la suivante, qui, sans contradiction possible, est des plus remarquables.

Un homme vigoureux et d'excellente constitution contracte une *syphilis de source kabyle*, donc *non mercurialisée et « vierge de tout traitement depuis plusieurs générations »*. Cette syphilis prend immédiatement une forme intense, qu'elle conserve plusieurs années, et s'accuse par une série confluente d'accidents : syphilides cutanées, syphilides muqueuses, glossite scléreuse, alopécie, iritis,

porains s'accorde à rapporter la gravité de la syphilis à des conditions toutes personnelles, essentiellement propres au malade. Tout malade, croit-on, fait sa syphilis *à son image*, suivant sa personnalité, son individualité, c'est-à-dire suivant sa santé habituelle, son tempérament, son fonds physiologique, ses prédispositions héréditaires ou acquises, ses tares morbides, son hygiène, son milieu, et aussi suivant la façon dont il se traite.

Dans cette manière de voir, on ne doit qu'à soi-même — et non à autrui — la modalité de la syphilis que l'on a, et l'on est seul responsable de la gravité idiosyncrasique qu'elle peut affecter. Et, en effet, pour la plupart des cas (je ne dis pas pour tous, qu'on le remarque bien dès à présent), le caractère grave ou malin d'une syphilis trouve son explication légitime dans telle ou telle tare personnelle, telle ou telle condition propre au sujet infecté. — C'est là ce dont témoignera ce qui va suivre.

III

FACTEURS DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS.

Quelles conditions peuvent jouer, vis-à-vis de la syphilis, le rôle de circonstances aggravantes, de façon à en exagérer, à en assombrir le pronostic usuel ?

Ces conditions, longtemps on a cru pouvoir les condenser sous les deux chefs suivants : *appauvrissement de la constitution* et *défectuosités d'hygiène*. Mais cette formule péchait évidemment par banalité et insuffisance ; par banalité, en ce qu'elle ne s'appliquait pas plus particulièrement à la syphilis qu'à n'importe quelle autre maladie ; — par insuffisance, en ce qu'elle laissait sans explication plausible certaines manifestations graves de la diathèse, comme, par exemple, la syphilis cérébrale qui se produit fréquemment sur des sujets à cons-

irido-choroïdite, fièvre spécifique, déglobulisation, anémie, anhélation, etc. De plus, elle reste incessamment en éveil et ne cède au traitement que pour rentrer en scène dès que la médication est suspendue au delà d'une dizaine de jours. — Huit ans plus tard, les choses subsistent encore en l'état, et cela en dépit d'un traitement énergique, au point que le malade ne peut abandonner le mercure ou l'iodure sans que de nouveaux accidents se reproduisent.

Ce malade contamine sa femme. — Or, *issue d'une source ultra-mercurialisée*, la syphilis de cette femme reste bénigne, en dépit d'un traitement spécifique court et mal toléré. Elle se réduit à un très petit nombre d'accidents (chancre, roséole discrète et quelques plaques muqueuses buccales). Et cependant, ajoute l'observateur, le terrain était loin d'être favorable en l'espèce. Car cette femme, née d'un père phthisique, était délicate de santé, nerveuse, et d'un tempérament lymphatique confinant à la scrofule.

Il est bien manifeste que, si de semblables observations se rencontraient fréquemment, une place serait à faire à la qualité de la graine, c'est-à-dire du contage, parmi les conditions qui régissent le pronostic de la syphilis.

titution non appauvrie et jouissant d'une hygiène commune. Aussi bien n'a-t-elle pas manqué d'être élargie et précisée dans ses termes à la suite de nombreux travaux entrepris sur la question (Ory, Dulac, Verneuil, Baudoin, Quinquaud et Ullmann, A. Renault, etc.). Je crois avoir apporté ma pierre à l'édifice. En tout cas, je professe de vieille date que les conditions aggravantes de la syphilis sont à coup sûr plus multiples et plus variées qu'on ne le supposait autrefois, qu'elles le deviendront sans doute davantage avec les progrès d'une analyse plus circonstanciée et plus pénétrante, et que dès à présent (toutes réserves faites pour les enseignements que nous apportera l'avenir) elles peuvent être réparties dans les sept groupes suivants :

1° **Conditions d'âge.**

2° **Conditions de santé, de constitution native, de tempérament, etc.**

3° **Prédispositions héréditaires ou acquises.**

4° **Influences dépressives de tout ordre.**

5° **Scrofulo-tuberculose.**

6° **Alcoolisme.**

7° **Impaludisme.**

Ce à quoi il faut ajouter une huitième cause (celle-ci extrinsèque au sujet, mais éminemment active, plus active même que toute autre), à savoir : **Absence ou insuffisance du traitement spécifique au début de la diathèse.**

Quelques commentaires sur ces divers points.

I. — **Conditions d'âge.** — Il est certain que, de par elles seules, elles constituent parfois un facteur de gravité pour la syphilis. Ainsi, la syphilis se montre particulièrement redoutable aux deux extrêmes de la vie, à savoir le premier âge et la vieillesse ; — et cela pour une même raison : insuffisance de la résistance vitale à ces deux étapes opposées de l'existence. Ainsi :

1° Sans parler de la syphilis héréditaire qui n'est pas en cause ici et dont il est presque superflu de rappeler l'effroyable pronostic, la syphilis acquise dans les premiers temps de la vie, et plus spécialement dans les premières semaines, est souvent grave, voire très grave, et cela jusqu'à revêtir une *malignité*, une *perniciosité* qui aboutit à la mort. A preuve ce qui s'est produit dans la plupart des épidémies de syphilis vaccinale, où l'on a vu succomber, du fait de l'infection, un grand nombre d'enfants (7 dans l'épidémie de Rivalta, 10 dans celle de Crémone, 19 dans une autre qu'a relatée Cerioli, etc.) (1). Et de même pour d'autres cas isolés.

Tout au contraire, la syphilis qui vient à frapper un enfant déjà bien constitué et résistant reste généralement bien tolérée, mieux

(1) A. Fournier, *Leçons sur la syphilis vaccinale*, recueillies par le Dr P. Portalier.

tolérée même qu'elle ne l'est chez l'adulte ; et cela, sans doute aussi, en raison de la vitalité exubérante propre à cet âge de la vie.

2° Au terme opposé de l'existence, la syphilis est également grave. Ricord a dit, dans l'une de ces boutades pittoresques qui lui étaient familières : « Si vous voulez attraper la vérole, profitez au moins pour cela du temps où vous êtes jeunes ; car il ne fait pas bon nouer connaissance avec elle quand on est vieux. » C'est qu'en effet (et ceci ne souffre plus contradiction aujourd'hui) la syphilis contractée au delà de la période moyenne de la vie, *à fortiori* vers la soixantaine et au delà, est généralement une syphilis *mauvaise*, féconde en accidents et en accidents sérieux, voire parfois maligne et mortelle. Nombre d'observations et de travaux (1) témoignent en ce sens.

Et rien d'étonnant à cela, rien même que d'absolument normal, de rationnel, voire de nécessaire. La vieillesse, en effet, n'est-elle pas une déchéance physiologique? N'est-elle pas l'âge des dégénérescences de tissus, des athéromes, des scléroses viscérales et de l'artério-sclérose en particulier? N'est-elle pas l'âge des infériorisations de résistance, des défaillances de vitalité, des régressions et des déclins de tout genre ?

Cependant, il ne faut en l'espèce ni exagérer ni généraliser. On a dit que « toute syphilis contractée au delà de cinquante ou soixante ans entraîne constamment la mort, soit par lésion viscérale, soit par cachexie ». On a dit même que « toute syphilis sénile est grave et peut être très grave, voire mortelle ». Erreurs. Il est, en effet, des syphilis séniles qui évoluent sans gravité particulière, ni actuelle ni future. M. Besnier dit même en avoir rencontré de « remarquablement bénignes ». Et cela encore n'est pas fait pour surprendre. Car la vieillesse, somme toute, est un facteur variable, contingent. Il y a vieillard et vieillard. Il y a des vieillards jeunes, comme il est aussi de jeunes vieillards. Un sujet qui n'est vieux que par les années et non par usure de ses organes se présente tout aussi résistant à la vérole qu'un sujet adulte, voire plus résistant qu'un adulte usé, infériorisé par les excès, les surmenages, les maladies. Quelle raison y aurait-il donc à ce qu'il fût plus malmené par elle que ce dernier? Tout dépend ou paraît dépendre en l'espèce de la qualité du terrain et de la résistance individuelle.

Mais, ces réserves établies, venons au fait. Il est certain que la syphilis sénile se présente le plus souvent avec un cachet de gravité propre. Or, comment se traduit cette gravité?

De deux façons : l'une, commune, banale ; — l'autre propre,

(1) A. Fournier, *Des facteurs de gravité de la syphilis* (Leçons cliniques) ; — Dulac, *Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé*, thèse de Paris, 1878 ; — Quinquaud et Ullmann, *Étude critique sur la syphilis des vieillards* (*Ann. de derm. et de syph.*, 1881); — A. Renault, *Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé* (*Ann. de derm. et de syph.*, 1889) ; — Lebard, *Étude clinique sur la syphilis contractée après soixante ans*, thèse de Paris, 1898 ; — etc., etc.

spéciale, voire étrange, et presque exclusivement particulière à la syphilis du tout jeune âge ou de la vieillesse.

La première consiste en la manifestation de tels ou tels accidents spécifiques, de l'ordre de ceux qui ressortissent à la syphilis, notamment à la syphilis tertiarisée.

La seconde se traduit par un ensemble morbide qui n'a plus rien de syphilitique, qui ne rappelle plus la syphilis, à savoir une sorte de collapsus général, de prostration, d'adynamie, de *sidération* de tout l'être, analogue à la sidération des états pernicieux.

Quelques mots sur chacune de ces formes.

I. Dans la première, ce qui constitue les manifestations de la syphilis sénile consiste en ceci :

Chancre ne présentant rien que de normal le plus habituellement, mais remarquable cependant en un certain nombre de cas par ses caractères d'étendue, d'excavation et de durée ; — parfois même ulcéreux, *gangreneux*, avec tendance au phagédénisme.

Puis, comme accidents généralisés, plus ou moins précoces suivant les cas :

Ou bien, manifestations de syphilis secondaire intense, telles que : syphilides profuses, de modalité lenticulaire fortement papuleuse ou bien exulcéro-croûteuse et suppurative ; — onyxis et périonyxis ; — adénopathies massives ; — iritis ou irido-choroïdite (comme dans toutes les « mauvaises » syphilis) ; — céphalée ; — douleurs névralgiques et certainement aussi névritiques ; — douleurs osseuses ; — accès fébriles, parfois très accentués (typho-syphilis des vieillards) ; — troubles de santé générale : perte d'appétit, voire anorexie, anorexie absolue et permanente, amaigrissement rapide et considérable, pâleur ; — affaiblissement, affaissement, au point que « les jambes ne supportent plus le corps » ; — alopécie, etc.

Ou bien, d'une façon prématurée, accidents divers de *tertiarisme* : syphilides décidément tuberculeuses, soit sèches, soit ulcéreuses ; — gommes du tissu cellulaire ; — lésions osseuses (périostose, exostose) ; — sarcocèle ; — ophthalmies profondes (1) ; — très fréquemment aussi, manifestations intéressant le système nerveux ; — plus rarement, albuminurie, glossites scléreuses, lésions gommeuses du voile palatin ou du pharynx, etc.

De ces divers ordres d'accidents, il en est deux qui sont particulièrement remarquables et par leur fréquence et par leur importance, à savoir :

1° Les *syphilides cutanées*. Celles-ci, fréquentes au point de ne faire que rarement défaut, constituent le fonds commun des syphilis séniles.

Elles sont soit sèches, soit ulcéreuses ; parfois même, en raison

(1) Dans un cas cité par le Dr Dulac, une *cécité double* s'établit en moins de huit mois.

d'une nécrobiose facile sur des tissus à vitalité amoindrie, elles deviennent gangreneuses et phagédéniques. — Elles sont disséminées et plus ou moins confluentes, confluentes même quelquefois à un degré tout à fait inusité, comme, par exemple, sur un malade de Diday qui, en très peu de temps, mourut « littéralement criblé d'ulcères ». Par elles-mêmes, donc, c'est-à-dire par leur suppuration, par les douleurs et les troubles fonctionnels qu'elles entraînent, comme aussi par les complications (lymphangite, érysipèle, infection) qui peuvent surgir à leur suite, elles comportent un réel degré de gravité.

2° *Manifestations cérébro-spinales.* — Bien moins communes que les précédentes, mais très remarquables cependant par leur haute fréquence relative. Je n'en compte pas moins de *neuf cas sur vingt-sept syphilis séniles.* La syphilis aboutissant une fois sur trois à des accidents cérébro-spinaux, n'est-ce pas là une proportion colossale, extraordinaire, et n'est-ce pas là aussi une particularité tout à fait spéciale?

Aussi bien, nombre de syphilis séniles se terminent-elles par des accidents cérébraux ou médullaires. Car, inutile de dire que des accidents de cet ordre survenant à un âge avancé sont presque toujours mortels. Ils ne le sont pas toujours cependant. Ainsi Quinquaud et Ullmann ont vu guérir, contre toute attente, deux vieillards de soixante-dix et soixante-quinze ans qui, du fait de syphilis récentes, avaient été affectés, l'un d'une paraplégie aiguë, et l'autre d'une encéphalopathie avec convulsions, délire et monoplégie.

Ces manifestations nerveuses ont des localisations variables qu'on peut ramener aux trois types suivants :

A. Le *type cérébral*, constitué par des hémiplégies survenant sans ictus, toujours incomplètes, mais progressives et rebelles ; — des monoplégies; — des troubles intellectuels (divagations passagères, subdelirium, affaissement des facultés, hébétude, etc.); tous symptômes qui rappellent soit le ramollissement cérébral, soit la démence sénile.

B. Le *type médullaire*, s'accusant par des parésies des membres inférieurs avec relâchement des sphincters ; — plus rarement, par de véritables paraplégies flasques ; — quelquefois par des parésies des quatre membres.

C. Le *type cérébro-spinal*, qui, à la fois plus complexe et plus vague, comporte une série de symptômes généralement assez mal définis et semblant se rapporter les uns au cerveau, les autres à la moelle. — Il est assez commun, et se présente le plus souvent sous l'aspect suivant : affaissement des forces ; — sorte de parésie généralisée, avec ou sans prédominance hémiplégique, monoplégique ou paraplégique ; — troubles intellectuels, consistant surtout en inconscience, hébétude, divagations, délire tranquille et intermittent ; — incontinence des urines et des matières ; — simultanément, inappé-

tence et inertie de toutes les fonctions ; — amaigrissement, cachexie rapide ; — puis, collapsus, anéantissement, coma et mort.

Ajoutons que, dans ces divers types et notamment dans le type paraplégique, la constitution de larges et profondes *eschares* sur le sacrum, les fesses et quelquefois les talons, est un épiphénomène des plus communs, lequel naturellement précipite le dénouement fatal.

II. Seconde forme: **Cachexie adynamique**. — Ce qui caractérise essentiellement cette seconde forme, très spéciale, c'est, en coïncidence avec telles ou telles des manifestations précitées, une réaction violente de la maladie sur l'état général, réaction se traduisant par tout un ensemble de phénomènes d'ordre dépressif et cachectique.

Cet ensemble, qui se constitue rapidement, s'affirme en quelques semaines pour aboutir à une sorte de *sidération* vitale, susceptible d'amener la mort à brève échéance.

Il semble que tous les ressorts de la vie se trouvent soudainement enrayés par l'imprégnation spécifique ; et la mort, en effet, résulte bien moins en pareil cas d'accidents ou de lésions appréciables que d'une sorte de suspension brusque de la vie par infection.

Quoi qu'il en soit du mode pathogénique, ce qu'on observe est ceci, sommairement : Peu après l'infection, alanguissement, accablement de tout l'être ; — dépression physique, intellectuelle et morale ; — perte rapide et considérable des forces, au point que les malades sont presque immédiatement et définitivement alités ; — perte de l'entrain habituel, indifférence, apathie, désintéressement de toutes choses ; — diminution, puis abolition et abolition absolue de l'appétit; dégoût pour tous aliments ; — langue sèche et rouge, se fendillant plus tard ; — dyspepsie ; — amaigrissement considérable, dénutrition ; — teint jaunâtre ; — déglobulisation et diminution de l'hémoglobine (constatées par Quinquaud et Ullmann); — altération effrayante de la physionomie; — relâchement des sphincters, en relation avec l'état d'adynamie générale ; — dureté de l'ouïe ; — torpeur de l'intelligence: — divagations et incohérences passagères; — somnolence ; — embarras de la parole ; — hébétude, inconscience; — plus tard, coma vigil. — Puis, état de prostration absolue et de cachexie. — Alors, œdème des membres inférieurs, congestions viscérales, quelquefois purpura ; — finalement, coma et mort. — Parfois, dénouement précipité par une de ces broncho-pneumonies qui servent de terminaison à tous les états de ce genre.

J'ai vu mourir de la sorte, *après cinq mois de syphilis*, un vieillard de soixante-treize ans, qui avait en outre le corps criblé soit de syphilides tuberculeuses *hémorrhagiques*, soit d'ulcérations gommeuses.

Évolution : échéance de gravité ou de perniciosité. — Pour être toujours plus ou moins précoces, les manifestations diverses qui

constituent la gravité de la syphilis sénile n'en ont pas moins des échéances variables. A ce point de vue, deux ordres de cas sont d'observation possible. Ainsi :

Tantôt la gravité ou même la perniciosité ne se démasque qu'après un ou deux ans, rarement plus tard (quatrième ou sixième année); — et tantôt elle se révèle dès la première année, voire dès les premiers mois de l'infection. Voici, à ce sujet, les résultats de ma statistique personnelle :

Syphilis sénile devenue grave :	
Dès la première année	12 cas.
Au cours de la seconde année	10 —
Au cours de la troisième année	3 —
Au cours de la quatrième année	1 —
Au cours de la sixième année	1 —
Total	27 cas.

I. Dans le premier groupe de cas, les choses se passent de la façon suivante : un chancre ; — quelques phénomènes secondaires d'ordre usuel et de caractère rassurant ; — accalmie, grâce au traitement ; — puis, au cours de la seconde ou de la troisième année, invasion de symptômes graves ou malins (syphilides tuberculeuses, tuberculo-gangreneuses ou phagédéniques, encéphalopathies, myélopathies, ou tous phénomènes de tertiarisme grave).

II. Dans le second, *malignité précoce*, s'attestant quelquefois dès la période du chancre (chancre ulcéreux, gangreneux, phagédénique), ou bien, en tout cas, dès l'invasion des phénomènes généraux. Et alors, d'emblée, syphilides malignes précoces, disséminées et profuses, de modalité tuberculeuse ou tuberculo-croûteuse ; — manifestations diverses de tertiarisme, et surtout localisations vers le système nerveux (accidents de syphilis cérébrale ou cérébro-médullaire) ; — parfois aussi, coïncidemment, symptômes multiples de dénutrition, d'adynamie, de cachexie, etc. — Et, alors, vie gravement menacée. — Possibilité de sauver quelques malades par une médication énergiquement répressive ; mais, le plus souvent, intolérance de tous remèdes, persistance des accidents, et terminaison fatale.

Cette terminaison peut même être singulièrement hâtive. On a vu (et les exemples en seraient nombreux à citer) des vieillards mourir de la syphilis dans la première année de l'infection. On en a vu mourir sur lesquels l'infection remontait à neuf mois, huit mois, cinq mois, etc.

Trois cas de cet ordre se sont présentés à mon observation sur les vingt-sept de ma statistique personnelle. L'un d'eux (cas de mort au *cinquième mois*) nous est déjà connu par ce qui précède. Voici le résumé très sommaire des deux autres.

Obs. II. — Syphilis sénile. *Mort au neuvième mois.* — Homme vigoureux, bien portant, contractant la syphilis dans sa *soixante-neuvième année.* — En

février, chancre induré de la verge. — Traitement immédiat (pilules de protoiodure ou liqueur de Van Swieten, et iodure de potassium). — Deux mois plus tard, syphilide papulo-croûteuse ou même pustuleuse par places ; angine ; ulcérations rebelles aux amygdales. — Douleurs extrêmement vives dans les membres. — Accès fébriles. — Affaiblissement, amaigrissement, en dépit d'un régime extrêmement tonique, d'un séjour à la campagne, d'une cure faite à Aix-les-Bains, etc. — Vers août, troubles de motilité dans les membres inférieurs. — Bientôt après, parésie de la jambe droite, puis de la gauche. — Incontinence d'urine. — Affaissement progressif; inappétence ; œdème des membres inférieurs, remontant jusqu'aux lombes. — Paraplégie. — Subdelirium. — Somnolence. — Eschare sacrée. — Collapsus absolu et mort en octobre.

Obs. III. — Syphilis sénile. *Mort au huitième mois.* — Homme extrêmement robuste, « n'ayant jamais eu la moindre maladie », n'ayant jamais commis le moindre excès. — Syphilis contractée à soixante-un ans. — Chancre induré, en mars 1887, suivi d'une roséole et de quelques plaques muqueuses buccales. — Traitement mercuriel. — Accalmie.

Très affecté par sa maladie, cet homme en conçoit un véritable désespoir, et nul doute que cet état moral n'ait influé sur la suite des événements.

En tout cas, vers août, parésie progressive des membres inférieurs, avec incontinence urinaire. — Perte des réflexes. — Alanguissement de toutes les fonctions. — Début d'adynamie, qui va croissant de jour en jour.

En septembre, parésie des membres supérieurs, laquelle devient bientôt une paralysie véritable. — Vers le même temps, embarras de la parole et troubles de l'intelligence. — Subdelirium, hallucinations. — Cachexie véritable. — Mort en octobre.

Enfin, le Dr Lebard a relaté dans sa thèse un cas de syphilis qui, sur une femme de soixante-sept ans, devint mortelle au *quatrième mois*, avec et de par les phénomènes suivants : Syphilides malignes profuses, de forme rupioïde ou ulcéreuse, anorexie absolue et rebelle, amaigrissement rapide, affaissement général physique et psychique, parésie des sphincters, fièvre, eschares fessières et sacrée, cachexie, etc.

Et ce n'est pas tout. Car cette syphilis sénile comporte encore des conséquences *indirectes* de par la réaction générale qu'elle exerce sur l'organisme. Nul doute qu'elle ne puisse être *prétexte à malignité* pour les maladies étrangères qui viennent à surgir d'une façon contemporaine. De nombreux cas de cet ordre ont été déjà cités. Le Dr Dulac, par exemple, a relaté l'observation d'un malade qui fut pris d'une pneumonie en de telles conditions et qui succomba dans les vingt-quatre heures. J'ai vu mourir également de la sorte un de mes clients, homme très vigoureux, qui avait pris la syphilis à l'âge de soixante-sept ans. Cette syphilis, grâce à sa constitution et à un traitement correct, il l'avait fort bien tolérée pendant neuf mois, lorsqu'à ce moment il contracta une pneumonie, laquelle tout d'abord se présenta sous une forme très simple, puis subitement

prit une forme maligne et devint mortelle en trois jours. M. le Dr Hanot, qui était l'ami et le médecin de ce malade, m'a répété bien des fois depuis lors que « pour lui, il était bien moins mort de sa pneumonie que de sa syphilis ». En autres termes, c'est très vraisemblablement de la syphilis sénile qu'ont dérivé, dans ce cas, les conditions de malignité de la pneumonie.

II. — **Conditions de santé, de constitution, de tempérament.** — « Il fait bon se bien porter quand on a la vérole », a dit Ricord. Et cela, ajouterai-je, pour deux raisons, parce qu'avec une bonne santé, avec un bon fonds, on supporte mieux à la fois et la maladie et le traitement.

Il est d'observation, en effet, que les sujets délicats, anémiés, affaiblis par n'importe quelle cause, sont plus sévèrement affectés que d'autres par la syphilis. Ils en éprouvent plus d'accidents et des accidents de modalité plus sérieuse. C'est sur eux de préférence que sévissent, par exemple, les syphilides de forme ulcéreuse, les syphilides dites malignes précoces, les onyxis et les périonyxis, les angines rebelles, les adénopathies multiples et massives, l'iritis, les périostites, les douleurs névralgiformes, les accès fébriles, les troubles nerveux, et tout l'ensemble de ces accidents viscéraux qui s'en prennent à l'état général et asthénient plus ou moins gravement l'organisme. Et, d'autre part, ce sont aussi ces mêmes sujets que l'infériorité fonctionnelle de leur système gastro-intestinal expose à mal tolérer le mercure, lequel détermine sur eux des phénomènes de dyspepsie, de gastralgie et surtout de diarrhée. D'où cet aboutissant doublement néfaste : maladie plus sérieuse et ressources curatives amoindries.

Les faits de cet ordre sont trop connus pour qu'il y ait lieu de les confirmer ici par des exemples particuliers. Les énoncer suffira, je crois.

III. — **Prédispositions héréditaires.** — A dessein j'ouvre ici un chapitre spécial à cet ordre de conditions aggravantes que j'aurais pu englober dans le précédent.

C'est qu'en effet certaines hérédités pèsent parfois d'un lourd fardeau sur l'organisme et lui imposent, en dépit d'apparences de santé et de résistance vitale moyenne, des charges presque inéluctables. De cet ordre sont les hérédités tuberculeuse, alcoolique, nerveuse, etc A ne parler que de cette dernière, choisie comme exemple, il est indéniable que la syphilis ne conduit certains sujets à de véritables catastrophes nerveuses (encéphalopathies spécifiques, tabes, paralysie générale, etc.) qu'en raison de leurs prédispositions héréditaires. C'est là un point sur lequel l'éminent professeur Charcot insistait énergiquement dans ses cliniques de la Salpêtrière et qui ne

saurait prêter à contestation. Avec ce maître je crois (et j'en ai eu maintes preuves) que les prédisposés au nervosisme, que les « nerveux héréditaires » sont des victimes préparées pour la syphilis cérébro-spinale, et cela dans toutes ses formes, à savoir dans ses formes propres ou dans ses formes dites parasyphilitiques.

Ici encore, inutile de citer des faits à l'appui, d'autant que ces faits se retrouveront, et en abondance, dans les divers chapitres de cet ouvrage consacrés à l'histoire de la syphilis nerveuse tertiaire.

IV. — **Influences dépressives de tout ordre.** — C'est en asthéniant l'organisme et en diminuant sa résistance vitale que, sans nul doute, les causes de ce genre réagissent sur la syphilis et la rendent particulièrement redoutable.

Naturellement ces causes sont extrêmement multiples, non moins que variées à l'infini. A titre d'exemples, je citerai :

I. La *misère*, qui réunit toutes les conditions propres à inférioriser l'organisme dans sa lutte contre toute maladie ;

II. Les *surmenages* de tout genre qui, sous des formes diverses et parfois même opposées, aboutissent à un résultat identique, l'amoindrissement des forces de l'organisme. A savoir : surmenage *physique* (excès de travail, fatigues, marches forcées, veilles, etc.) ; — surmenage *intellectuel*, non moins susceptible d'user et d'épuiser l'individu ; — surmenage *de plaisirs*, dont je vais parler à part dans un instant ; — surmenage *vénérien*, l'un des plus périlleux et des plus adynamiants, comme chacun sait, etc. ; — puis, ce qui est plus dangereux encore, association et combinaison de plusieurs de ces divers ordres de surmenage.

III. *Irrégularités de vie et d'habitudes, surmenage mondain.* — L'excès de plaisir est préjudiciable à la santé autant et plus que l'excès de travail. Dangereux en particulier est le surmenage mondain, consistant en irrégularités chroniques d'habitudes, agitation constante, turbulence continue de la vie, fêtes, repas fastueux, soupers, abus du champagne, veilles, nuits passées au théâtre, au bal, dans les cercles, dissipations et excès de tout genre, émotions du jeu, etc. Tout cela se paie. A preuve le piteux aspect du *viveur* du grand monde, pâle, plombé, grisonnant dès la trentaine, fourbu, vanné et décrépit avant l'âge. Aussi bien un tel homme ne se présente-t-il à la vérole qu'avec une résistance vitale amoindrie, et la vérole devient-elle fréquemment, de ce fait, plus ou moins sévère sur lui.

C'est là ce qu'apprend la pratique de ville. Pour ma part, j'ai été frappé bien des fois de constater des syphilis graves sur des jeunes gens du monde aristocratique, jouissant de tout le bien-être et de tous les avantages apparents de la fortune ; et quand je venais à rechercher sur eux le pourquoi de cette malignité de la maladie, je le trouvais exclusivement dans l'abus des plaisirs, dans le dérèglement de la vie,

dans cet ensemble de conditions anti-hygiéniques et dépressives que résume ce mot de surmenage mondain.

Combien en ai-je vu de ces mauvaises syphilis, à manifestations tertiaires précoces, sur les surmenés du *high life* parisien ! Car, le tertiarisme précoce, voilà le type que revêt sur eux l'infection. De bonne heure, de très bonne heure, ils aboutissent à tel ou tel accident de vérole âgée, et cela sous des formes d'ailleurs très diverses : syphilides tuberculeuses, syphilides ulcératives, ulcérations des muqueuses (principalement de la muqueuse gutturale, en raison des abus de tabac), iritis, sarcocèle, onyxis, lésions osseuses, etc.

Mais, à coup sûr, de tous les accidents qui les menacent, il n'en est pas de plus fréquents que les manifestations relevant du système nerveux. Leur lot usuel, c'est le TERTIARISME NERVEUX. Et je pose, j'ai le droit, de par expérience, de poser ceci en axiome :

Le surmené de la vie mondaine, le viveur, le noceur, le fêtard (suivant le mot à la mode) *est un prédestiné par excellence au tertiarisme nerveux. De par la syphilis et de par son genre de vie, c'est un candidat à trois catastrophes nerveuses qui s'appellent la* **syphilis cérébrale**, *la* **paralysie générale** *et le* **tabes**.

Des centaines d'exemples justifieraient cette proposition. Mais leur place n'est pas ici ; nous les retrouverons en temps et lieu.

IV. *Toutes conditions défectueuses d'hygiène*, aboutissant à ce qu'on appelle la misère physiologique. — La plupart ont été déjà signalées incidemment dans ce qui précède. D'autres, qu'il suffira d'énoncer, tant leur action novice est évidente, consistent en ceci : alimentation défectueuse, mal réglée ou insuffisante, privations, etc. ; — habitations insalubres, encombrement ; — exercice corporel insuffisant ; sédentarisme ; — malpropreté, incurie ; — froid, climats froids, etc. ; — et toutes infractions à l'hygiène, constituant autant de conditions propres à appauvrir l'organisme, à le débiliter, à diminuer ses forces de résistance contre les agents morbides. — Quelques exemples :

Une jeune mère, nourrissant un enfant de six mois, se présente à l'hôpital avec une syphilide pustulo-croûteuse extraordinairement confluente et divers autres symptômes d'une infection grave. Renseignements pris, nous apprenons que cette malheureuse se nourrissait depuis plusieurs mois avec cinq sous par jour, à savoir : trois sous de pain et deux sous d'une « pâtée » constituée par des résidus de charcuterie.

Au moment du siège de Paris, en 1870-71, j'ai remarqué avec tous mes confrères la fréquence de syphilis graves ou mêmes malignes, dont la cause n'était que trop naturellement imputable au mauvais régime, aux privations et aux soucis moraux de cette néfaste période.

Chez certaines femmes du monde, le sédentarisme et l'absence absolue de tout exercice corporel m'ont paru plus d'une fois constituer la cause de syphilis à modalité asthénique et nerveuse.

De même, l'indéniable fréquence des ulcérations palatines et des nécroses nasales chez les Russes ne pourrait-elle pas être attribuée à la rigueur du climat et à l'action directe du froid sur la muqueuse naso-buccale?

v. *Influences d'ordre moral* : préoccupations, soucis, émotions, chagrins, adversités, revers de fortune, deuils, tristesse, découragement. — Comment récuser l'action de cet ordre de causes, étant connue l'influence dépressive qu'elles exercent sur l'organisme ?

Accordons aussi une mention spéciale aux émotions du jeu, très certainement dangereuses par l'éréthisme dans lequel elles entretiennent le système nerveux.

vi. *Dépression résultant des maladies antérieures ou concomitantes.*

V. — **Scrofulo-tuberculose.** — La scrofulo-tuberculose constitue naturellement un mauvais terrain pour la syphilis.

Elle réagit sur elle de diverses façons que voici :

1° En précipitant l'entrée en scène de diverses manifestations plus ou moins importantes, dont le propre est de n'apparaître que plus tardivement; c'est-à-dire en constituant ce qu'on appelle des syphilis *intenses précoces*, voire *malignes précoces*.

2° En imprimant à divers accidents un *cachet d'intensité* insolite. C'est ainsi que, très fréquemment, les syphilides secondaires des scrofuleux tendent à revêtir le caractère suppuratif, ulcéreux.

3° Et principalement (c'est là, à mon sens, la modalité la plus commune suivant laquelle la scrofule réagit sur la syphilis) *en dirigeant l'action spécifique sur certains systèmes qui sont pour elle, scrofule, de véritables sièges d'élection.* Qu'on me passe la façon de dire, positivement la scrofule amène la syphilis sur son terrain, sur ses domaines, à savoir sur les ganglions, les os, les articulations, l'œil, le pharynx, le larynx, l'oreille, les fosses nasales, etc.

C'est ainsi qu'il est particulièrement commun de voir la syphilis des scrofuleux se traduire par des adénopathies, et des adénopathies spéciales, massives, à gros ganglions conglomérés, à évolution torpide, à tendance suppurative, constituant parfois de véritables **écrouelles secondaires** ; — par des lésions diverses du périoste et des os, susceptibles d'aboutir à des abcès et des nécroses ; — par des arthropathies froides et chroniques, rappelant la tumeur blanche ; — par des iritis, des irido-choroïdites et notamment des kératites ; — par des laryngites de forme ulcéreuse, simulant de très près la phtisie laryngée ; — par des otites ; — et, plus souvent encore, par des localisations intra-nasales intéressant à la fois la muqueuse et le squelette, aboutissant à l'ozène, à des nécroses, à des perforations, etc. (1).

4° En d'autres circonstances et quelquefois simultanément, l'in-

(1) Consulter à ce sujet un très intéressant travail du Dr Ramonat sur *la Syphilis chez les scrofuleux*, thèse de Paris, 1883.

fluence de la scrofule détermine des syphilis de forme dépressive, dénutritive, voir cachexiante ; auquel cas la syphilis, à son tour, peut réagir sur la scrofule, l'inciter à des manifestations nouvelles et surtout la diriger sur le poumon, ce dont je n'ai pas à dire les conséquences.

Somme toute, la scrofulo-tuberculose est par excellence un facteur de gravité pour la syphilis. Cela, au reste, est connu de vieille date. Ricord insistait vivement sur le pronostic fâcheux de ce qu'il appelait les **scrofulates de vérole**. « *Méfiez-vous de la vérole chez les blonds* », a dit de même un de ses élèves, le Dr Diday. — D'autant, a encore ajouté le professeur Verneuil, que, « si la scrofule reste muette pour son compte dans cette combinaison morbide, presque toujours elle aggrave les méfaits de sa rivale, les entretient, en prolonge la durée, en accroît les conséquences périlleuses, etc. »

D'autre part (mais ceci n'a plus qu'un intérêt symptomatologique), l'influence du terrain n'est pas sans réagir quelquefois, dans cette association morbide, sur les caractères apparents des manifestations spécifiques, lesquelles revêtent en ces conditions une physionomie insolite qui est celle de l'*hybridité pathologique*. On se trouve alors en face de lésions quasi-métisses, participant à la fois et de la syphilis et de la scrofule. Comme exemple, je rappellerai tout d'abord ces fameuses adénopathies *syphilo-strumeuses* sur lesquelles j'ai longuement insisté précédemment et dont Ricord faisait le type de ses scrofulates de vérole. — Il en est de même pour certaines kératites secondaires qu'il est souvent très difficile, même pour les plus experts, de différencier des kératites strumeuses. — De même encore il n'est pas rare de rencontrer, sur certains malades de constitution lymphatique et scrofuleuse, des éruptions spécifiques assez modifiées de caractères pour constituer de réels embarras diagnostiques. Que sont de telles éruptions ? Des syphilides ? Oui de par tels attributs ; mais non de par tels autres. Des scrofulides ? Oui, encore, de par telle considération, mais non de par telle autre. Et, en effet, quand on vient à les détailler, à les analyser minutieusement, ces éruptions présentent à la fois et certains signes propres aux syphilides et certains autres qui relèvent plus particulièrement de la scrofule. Bref, ce sont là, tout au moins au point de vue objectif, des dermatoses mixtes, métisses, hybrides ; ce sont, disons le mot, de véritables **scrofulo-syphilides**.

Ce qui précède comporte cependant une réserve que voici. Cette réaction nocive de la scrofulo-tuberculose sur la syphilis n'est pas absolument constante et fatale. J'ai vu plusieurs fois des syphilis (traitées, à la vérité) rester moyennes ou même bénignes sur des sujets entachés de lymphatisme, voire de tuberculose. J'ai vu des sujets incontestablement phtisiques contracter la syphilis et ne pas lui payer une plus lourde dette que des sujets bien portants. Ainsi,

à n'en citer qu'un exemple, j'ai sous les yeux depuis deux ans un jeune homme qui, bien que tuberculeux pulmonaire, en est resté quitte avec la syphilis pour une roséole légère et quelques plaques muqueuses buccales. — A quelles raisons rattacher ces heureuses exceptions ? Je ne saurais le dire.

VI. — **Alcoolisme**. — L'alcoolisme constitue un puissant facteur de gravité pour la syphilis.

Certes, cette action nocive de l'alcool sur la syphilis a été signalée de vieille date. Mais jamais elle n'a été plus remarquée que de nos jours, sans doute pour la raison qu'on boit plus de nos jours qu'on n'a jamais bu (à preuve les recettes de plus en plus florissantes de nos octrois sur le chapitre des boissons alcooliques). — Aussi insisterai-je spécialement sur ce sujet, en reproduisant ici une de mes leçons cliniques :

...Que fait l'alcool à la syphilis? Beaucoup de mal, de l'aveu unanime. Mais besoin est de préciser. Or, ses nombreux méfaits peuvent être rangés, pour les besoins d'un exposé dogmatique, sous les cinq chefs suivants (sans parler même de son action sur le chancre, auquel il imprime parfois une tendance ulcéreuse, voire phagédénique (chancre *œno-phagédénique* de Ricord), voire gangreneuse. Ainsi :

1° *Il exagère, il intensifie les manifestations cutanées de la syphilis, à la fois comme confluence et comme modalité éruptive* ;

2° *Il dirige l'action de la syphilis sur les centres nerveux* ;

3° *Il réalise ces mauvaises formes de syphilis qui s'en prennent à la santé générale et qu'on a baptisées des noms de syphilis asthénique, dépressive, consomptive, etc.* ;

4° *Il réalise des syphilis à types prématurément tertiaires* ;

5° *Il réalise une des pires espèces de syphilis sous forme de syphilis toujours en action, à poussées multiples, incessantes* et, pour ainsi dire, *à jet continu.*

Précisons ces divers points par quelques commentaires.

1. — *L'alcool exagère, intensifie les manifestations cutanées de la syphilis, à la fois comme confluence et comme modalité éruptive.*

Cela est tellement vrai, vous dirai-je tout d'abord, qu'il nous arrive couramment ici de diagnostiquer l'alcoolisme par les caractères objectifs de certaines syphilides. Venons-nous, par exemple, à rencontrer sur un sujet à syphilis encore récente une syphilide présentant telle ou telle des particularités que je vous décrirai dans un instant, cela seul éveille en notre esprit un soupçon d'alcoolisme, soupçon que ne manque guère de confirmer l'interrogatoire du malade.

Au reste, rien d'étonnant à cette action exacerbante de l'alcool sur les dermatoses spécifiques. Il est en effet de notoriété commune que l'alcool nuit à la plupart des dermatoses (eczéma, psoriasis, lichen, acné, érythèmes, etc.). Il les excite, les « fouette », suivant l'expression consacrée ; il les éveille, il les rappelle, etc. Pourquoi donc n'exerce-

rait-il pas une action de même ordre sur les exanthèmes de la vérole?

Mais venons au fait. Comment donc se traduit l'action de l'alcool sur les syphilides? De trois façons que voici :

1° *Il exagère le degré usuel de confluence des syphilides.* — Nul doute sur ce premier point. Rien de plus commun que de constater sur des alcooliques qui débutent dans la syphilis des éruptions papuleuses *anormalement profuses*, criblant le corps de leurs éléments éruptifs.

J'ajouterai, comme caractère annexe, que les papules de telles éruptions sont généralement assez larges, renflées, saillantes, et d'une couleur *rouge-floride.*

2° *Il réalise des types insolites de syphilides malignes secondaires.* A savoir : d'une façon tout à fait commune, la *syphilide papulo-tuberculeuse*, à grosses papules tuberculiformes ; — et, d'une façon beaucoup plus rare, la *syphilide papuleuse exfoliatrice*, à grands placards desquamatifs et psoriasiformes.

Ces deux types ont été longuement décrits dans ce qui précède (p. 354 et 358) ; je n'ai donc pas à en reproduire ici le tableau.

3° *Il réalise prématurément des syphilides de modalité tertiaire.* — Cela encore est monnaie courante, et presque constamment nous avons dans nos salles des malades qui, syphilitiques depuis quelques mois à peine, n'en présentent pas moins des syphilides de type tertiaire, c'est-à-dire des syphilides de modalité tuberculeuse ou même tuberculo-ulcérative. A preuve, comme exemple, le malade qui occupe le lit n° 25 de la salle Henri IV. Déjà, ce jeune homme était entré dans le service il y a trois mois pour des syphilides de modalité ulcéreuse; nous l'en avons guéri. Ces derniers jours, il nous est revenu, et dans quel lamentable état ! Il nous est revenu avec le corps littéralement criblé de syphilides gommeuses, ulcératives, profondes, larges, du plus mauvais aspect. Or, pourquoi de telles lésions sur un homme jeune (vingt et un ans), vigoureux, bien portant, et syphilitique seulement depuis six à sept mois ? Parce que ce malade est un buveur et déjà un buveur émérite. Il boit en moyenne, d'après son dire, « trois litres de vin par jour, une foule de petits verres d'eau-de-vie et pas mal d'absinthe, etc. » Le 14 juillet dernier, il aurait même bu, paraît-il, jusqu'à vingt-trois verres d'absinthe ! Eh bien, nul doute que de tels excès alcooliques ne soient la raison et l'unique raison des syphilides graves qu'il présente aujourd'hui.

II. — En second lieu, *l'alcoolisme dirige bien manifestement l'action de la syphilis sur les centres nerveux.*

Qu'en raison de l'état d'excitation habituelle dans laquelle il entretient les centres nerveux l'alcoolisme dirige vers eux l'action de la syphilis, cela n'a rien que de rationnel et de logique, cela pouvait être préjugé théoriquement. De fait, cela est, et l'alcoolisme figure avec une réelle fréquence (sur laquelle j'aurai à revenir tout à l'heure) dans les antécédents étiologiques de nombre d'affections

spécifiques de ce système : syphilis cérébrale ou cérébro-spinale, myélopathies, paralysie générale, tabes, etc. Il est même des cas (ceux-ci bien faits pour la démonstration) où, avec la syphilis, il figure *seul* dans l'étiologie de ces diverses affections, à l'exclusion de tout autre facteur prédisposant. L'observation suivante, prise comme exemple, en témoignera.

Un jeune homme, grand et vigoureux, de constitution splendide et d'une « santé de fer » (suivant sa propre expression), contracte la syphilis à vingt-sept ans. En dépit d'un traitement assez correct, il est pris, dix-huit mois plus tard, de symptômes graves d'une encéphalopathie que plusieurs médecins et moi sommes unanimes à rapporter à la syphilis et dont la spécificité d'ailleurs a été démontrée par les heureux résultats du traitement. Or, à quelle raison devait-il cette syphilis cérébrale ? Il était indemne de toute tare héréditaire ; il n'avait subi aucun surmenage, aucune secousse morale, aucun chagrin ; il ne faisait même pas d'excès vénériens, etc. Mais il *buvait*, et beaucoup. En grand seigneur qu'il était, il s'enivrait avec du champagne (ou du whiskey quelquefois), et cela trois ou quatre fois par semaine, et cela au point de rouler sous la table. Eh bien, des nombreux médecins qui ont été consultés à son sujet, il n'en est pas un seul qui ait mis en doute l'influence provocatrice de l'alcool sur cette syphilis cérébrale ; c'est là, en l'espèce, une évidence qui s'imposait.

Ce premier fait, donc, à savoir : influence provocatrice de l'alcool par rapport aux déterminations de la syphilis sur les centres nerveux, n'est ni contestable ni contesté. Mais il en est deux autres qui ressortent d'une analyse plus intime des observations cliniques et qu'il sera intéressant, je pense, de mettre en lumière.

1. Le premier, c'est que cette action provocatrice de l'alcool sur les manifestations nerveuses de la syphilis s'exerce d'une façon non pas fréquente, mais *extrêmement fréquente*, beaucoup plus fréquente qu'on n'oserait le croire et qu'on ne le croit généralement.

De cela voici la preuve :

Sur 57 observations de syphilis compliquée d'alcoolisme (observations empruntées à ma clientèle de ville), je n'en ai pas trouvé moins de 29 où figurent des manifestations spécifiques (syphilitiques ou parasyphilitiques, n'importe) intéressant le système nerveux. A savoir :

Manifestations de syphilis cérébrale	20 cas.
— syphilis cérébro-spinale	2 —
Paralysie générale	3 —
Tabes	3 —
Paraplégie	1 —
Total	29 cas.

Vingt-neuf cas sur cinquante-sept, c'est-à-dire plus d'*un cas sur*

deux ! Quelle proportion ! L'éloquence des chiffres me dispensera donc ici de tout commentaire.

II. Un second fait mérite attention : c'est la *précocité* possible, voire fréquente, de ces accidents nerveux développés sous l'influence combinée de la syphilis et de l'alcool.

Ainsi, sur les 29 cas précités, *dix* se sont produits au cours des trois premières années de l'infection ; — et, sur ces dix, trois au cours de la première. — Dans l'un d'eux, par exemple, des accidents graves de syphilis cérébrale sont entrés en scène au *cinquième mois* après le chancre pour aboutir à une terminaison fatale en l'espace d'une année.

III. — L'influence alcoolique est encore capable de réaliser les mauvaises formes de syphilis qui s'en prennent à la santé générale et qu'on a baptisées des noms de *syphilis asthénique*, *dépressive*, *dénutritive*, *consomptive*, etc.

Il n'est pas rare, en effet, de voir la syphilis, chez les sujets fortement adonnés à l'alcool, revêtir une allure spéciale, en réagissant d'une façon puissante sur l'état général. Dans cette forme éminemment grave, elle semble affecter les forces vives de l'organisme. Elle alanguit d'abord les fonctions digestives, puis elle anémie, elle amaigrit, elle débilite. Elle amène de la sorte les malades à une véritable imminence de dépérissement, laquelle en général ne fait que s'ébaucher, mais peut s'affirmer quelquefois. Grâce au traitement et à l'hygiène, la plupart des sujets remontent cette pente de déchéance ; mais il en est qui la descendent jusqu'à un degré d'affaissement dont ils ne se relèvent jamais, et il en est même qui la descendent jusqu'à la cachexie irrémédiable et définitive.

L'observation suivante, sur laquelle je ne craindrai pas d'insister parce qu'elle est un type de la déchéance que la syphilis et l'alcool peuvent infliger à l'organisme, va me servir d'exemple en l'espèce.

Lorsqu'il contracta la syphilis, il y a quelques années, H... était un homme superbe, grand, vigoureusement musclé, taillé en hercule. Et, au surplus, il exerçait une profession d'hercule, car c'était un de ces robustes gaillards qui travaillent dans nos marchés au transport des gros colis ; bref, c'était un « *fort* » de la halle. — En raison d'un état d'alcoolisme invétéré, il ne tarda pas à présenter des accidents spécifiques de la pire espèce, lesquels (comme vous le verrez par la suite de cette histoire) pullulaient et repullulaient sur lui pour ainsi dire *à jet continu*. Simultanément, il fut affecté dans son état général ; il se prit à maigrir, à s'anémier, à se débiliter. A chacun des nombreux séjours qu'il fit dans nos salles (car, à peine guéri d'une manifestation, il retombait dans une autre), nous étions frappés de ce déclin, de cette consomption progressive et continue. Si bien que, dès la quatrième année de sa maladie, cet homme n'était plus, suivant son expression, que « l'ombre de lui-même ». Il avait « fondu de

moitié », disait-il, et ce n'était que trop vrai. D'abord, au lieu de 165 livres qu'il pesait autrefois, il était descendu à 123. Ses gros reliefs musculaires d'autrefois avaient absolument disparu. Ses forces avaient diminué à proportion. Jadis, il portait « comme une plume » 250 livres sur sa tête ; actuellement, il pouvait à peine porter 100 livres, et encore « à peine avait-il fait quelques pas avec cette charge que les jambes lui manquaient ». Si bien qu'il avait dû renoncer à sa profession. De plus, sa santé s'était altérée. Il ne mangeait plus que « le quart de ce qui lui était nécessaire autrefois ». Bref, il était à la fois amaigri, anémié et débilité. Visiblement, il s'acheminait — et cela en dépit de tout ce que nos efforts avaient pu faire — vers un état de déchéance plus qu'alarmant. Or, pour le dire à l'avance, ces phénomènes ne firent que s'exagérer au delà pour aboutir à une cachexie terminale.

IV. — L'influence nocive de l'alcool sur la syphilis se traduit souvent dès l'origine même de l'infection, de façon à constituer ces syphilis prématurément tertiaires auxquelles on a donné le nom de **syphilis malignes précoces.**

Déjà, dans ce qui précède, nous avons vu l'alcoolisme déterminer prématurément des syphilides de modalité tertiaire et des manifestations diverses plus ou moins sérieuses vers le système nerveux. Il n'est pas moins capable de donner naissance à des accidents d'autres localisations, telles que gommes du tissu cellulaire, ulcérations des muqueuses, notamment ulcérations du voile palatin et du pharynx, lésions osseuses, albuminurie, etc.

La statistique démontre même ce fait que, dans le quart des cas 26 p. 100), l'influence de l'alcool sur la syphilis se traduit *dès la première année* de l'infection. Ainsi, sur les 57 cas précités de mon observation particulière, je trouve que le tertiarisme est entré en scène aux diverses échéances que voici :

Dès la première année	15 fois.
Au cours de la seconde année	3 —
— troisième —	8 —
— quatrième —	3 —
— sixième —	2 —
— huitième —	1 —
— neuvième —	2 —
— dixième —	2 —
Au delà	21 —
Total	57 cas.

L'alcoolisme réalise donc surtout des syphilis *prématurément tertiaires.*

Et, d'autre part, dans une seconde statistique relative aux syphilis malignes précoces de toute provenance étiologique, je recueille ce

second résultat confirmatif, à savoir : que, sur 239 cas de syphilis de cet ordre, 36 pouvaient être imputés à l'alcool. Proportion : 15 p. 100 environ.

J'ajouterai (mais cela est beaucoup plus rare) que l'influence alcoolique s'est parfois traduite dès les premiers temps de l'infection par des poussées spécifiques de la plus haute virulence ou par le début de lésions phagédéniques très rebelles. De cela je produirai deux exemples.

Premier cas. — Jeune homme de vingt-trois ans, alcoolique. — Chancre en novembre, suivi de roséole. — Dès les premiers jours de mars, invasion brusque d'une poussée spécifique vraiment terrible, sous forme des diverses manifestations suivantes : syphilides *sphacéliques* disséminées, avec prédominance sur le visage ; — vastes ulcérations succédant à la chute des eschares et prenant le caractère phagédénique ; — iritis gommeuse des plus intenses ; — périostites disséminées, extrêmement douloureuses ; — sarcocèle épididymaire ; — accès fébriles ; — altération de la physionomie, pâleur plombée, inappétence, affaissement voisin de la prostration. — Un traitement très énergique par injections de calomel et iodure de potassium parvint à dominer la situation et à faire justice de tous les accidents. Mais, détail curieux à noter, la plupart des cicatrices subirent la dégénérescence chéloïdienne.

Second cas. — Homme d'une trentaine d'années, fortement alcoolique et absinthique. — Syphilis en avril 1874. — Chancre. — Poussée secondaire se produisant six semaines plus tard, sous forme de syphilides malignes ulcéreuses, qui prennent la forme phagédénique. — Énormes cicatrices laissées sur le tronc et les membres inférieurs par ces premiers accidents qui ne durèrent pas moins de deux ans. — D'une façon subintrante, poussée nouvelle de lésions phagédéniques. — Trois foyers de syphilides tuberculo-croûteuses, l'un sur le membre inférieur droit et les deux autres sur les membres supérieurs. — Extension serpigineuse. — Lorsque, deux ans plus tard, je vois le malade, je trouve sur lui : 1° au membre inférieur, énorme ulcération, occupant toute la surface tarso-métatarsienne et la moitié de la plante du pied ; pied bot équin, par cicatrice fibreuse établie sur le tendon d'Achille qui longtemps est resté dénudé ; — 2° sur le membre supérieur gauche, syphilide tuberculo-ulcéreuse géante à modalité excentrique, étalée sur les deux tiers inférieurs du bras et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras ; — 3° sur le membre supérieur droit, syphilide de même nature, plus considérable encore et mesurant presque toute la hauteur du membre, depuis l'épaule jusqu'au poignet !

v. — Enfin, l'alcoolisme est encore susceptible de déterminer (mais ceci d'une façon exceptionnelle, à la vérité) une des pires espèces de syphilis, à savoir la syphilis à poussées multiples, incessantes, simplement entrecoupées par de courtes accalmies, la syphilis toujours en action, la syphilis, si je puis ainsi parler, *à jet continu*.

C'est dans cette forme qu'on voit de malheureux malades présenter coup sur coup, en dépit de tous les traitements, des manifestations spécifiques multiples, ne sortir d'une poussée que pour rentrer dans

une autre, et, somme toute, rester pour des années en état de syphilis active.

Précisons. On a vu de telles syphilis s'acharner sur leurs victimes pendant quatre, six, huit, dix, treize, quinze ans et plus ! Naturellement aussi on les a vues se terminer par la mort.

C'est vraiment à n'y pas croire, et il faut avoir assisté à de tels spectacles pour admettre l'authenticité de ces syphilis *invraisemblables*. — Quelques exemples sont donc ici nécessaires pour l'édification du lecteur. J'extrais les trois suivants de mes notes.

I. — Une jeune femme, née de père alcoolique, et fortement alcoolique elle-même en raison de sa profession d'*inviteuse* dans une brasserie, prend la syphilis en 1877. — Syphilides secondaires intenses ; — alopécie ; — céphalée.

En 1878 et 1879, nouveaux accidents : syphilides et iritis. — Grossesse ; — accouchement d'un enfant syphilitique qui meurt à trois jours.

En 1881, syphilide tuberculo-ulcéreuse (face et crâne) ; — gomme au sein gauche ; — gomme au pied gauche.

En 1885, nouvelle invasion de syphilides tuberculo-ulcéreuses sur le visage et le cuir chevelu. — Durée de deux ans.

En 1887, récidive *in situ* de la syphilide tuberculo-ulcéreuse.

En 1888, nouvelle invasion de la même syphilide. — Tout le visage n'est plus qu'une cicatrice.

En 1889, deux poussées nouvelles *in situ* (mars et décembre).

En 1890, deux poussées nouvelles (juin et décembre), toujours au même siège.

En 1891, *dixième* poussée de lésions ulcéro-croûteuses sur la face et le crâne.

Non revue.

II. — N..., plombier ; sujet fortement adonné à l'alcool.

En 1880, chancre induré. — Syphilide papulo-croûteuse confluente ; — syphilides muqueuses.

En 1882 (mars), syphilides tuberculo-ulcéreuses du cuir chevelu, très profondes. — En août, syphilides gommeuses du nez. — Gomme du voile palatin ; destruction de la luette. — Périostose tibiale.

En 1883, syphilide ulcéro-serpigineuse de la gorge. — Syphilide ulcéreuse des narines.

En 1884, hyperostose considérable de l'humérus droit. — Céphalée et vertiges.

En 1886, exostose tibiale.

En 1887, exostose tibiale. — Syphilide gommeuse.

En 1889, exostoses multiples (crâne, tibias, clavicules).

En 1891, nouvelle poussée d'exostoses tibiales. — Périostite gommeuse à la jambe droite. — Exostoses craniennes et claviculaires.

En 1892, nouvelles lésions osseuses au tibia droit. — Exostose au tibia gauche.

En 1894, récidive d'exostoses aux tibias et à la clavicule droite. — La même année, nouvelle poussée exostosique sur les tibias.

Non revu.

III. — Homme très robuste, d'excellente santé antérieure, mais profondément alcoolique.

1881 (janvier). — Chancre induré. — Syphilide papulo-squameuse confluente. — Syphilides muqueuses. — Onyxis multiples. — Mydriase gauche.

1882 (mai). — Syphilides tertiaires. — Ulcérations gommeuses multiples, profuses, quelques-unes considérables comme étendue, et quelques autres véritablement sphacéliques. — Affaiblissement, amaigrissement. — (Juillet.) Onyxis. — Syphilides papuleuses, exfoliatives en larges placards.

1883 (mars). — Poussée nouvelle et surintense de syphilides papulo-tuberculeuses.

1884 (juillet). — Nouvelles syphilides tuberculeuses. — (Octobre.) Gommes multiples. — Syphilides tuberculeuses profuses. — Grand affaiblissement. — Maigreur. — Perte des forces.

1885 (août). — Syphilides tuberculeuses. — Ulcérations gommeuses du cuir chevelu.

1886 (janvier). — Nouvelle poussée de syphilides tuberculo-croûteuses. — Affaiblissement continu.

1887. — Exostoses tibiales. — Syphilides tuberculeuses. — Début de glossite scléreuse.

1889 (mai). — Périostoses tibiales. — Syphilides tuberculeuses. — Deux gommes gangreneuses. — Glossite tertiaire. — (Novembre.) Nouvelles gommes gangreneuses. — Syphilides persistantes. — Affaiblissement et amaigrissement faisant de rapides progrès.

1891 (mai). — Exostoses nouvelles. — Nouvelle poussée de syphilides.

1893. — Exostoses tibiales. — Invasion nouvelle de syphilides tuberculeuses. — Glossite persistante. — Labialite tertiaire. — État presque cachectique.

1894. — Persistance des syphilides. — État cachectique. — Perte des réflexes rotuliens. — Divers symptômes annonçant l'invasion du tabes.

Ultérieurement, cachexie progressive. — Mort.

VII. — **Impaludisme.** — L'impaludisme exerce sur la syphilis une action tout à fait comparable à celle de l'alcoolisme, voire presque égale comme nocivité possible. Seulement il est très rare par rapport à ce dernier. Aussi bien son influence est-elle restée longtemps méconnue, et je crois avoir été le premier à la démontrer par de sérieuses statistiques.

Comme l'alcool, l'infection palustre détermine de « mauvaises syphilis » et, comme lui également, des syphilis prématurément graves. Certes, rien d'étonnant à cela, étant donnée la réaction puissante, étonnante même, qu'elle exerce sur le sang. On sait en effet qu'il suffit d'un seul accès de fièvre pour réduire le nombre des globules de plusieurs centaines de mille par millimètre cube, et que des accès fébriles répétés peuvent en abaisser la proportion au cinquième, au dixième du chiffre normal. Chacun connaît d'ailleurs l'état d'anémie, de langueur, d'affaiblissement, de dépression vitale, etc., auquel aboutit la malaria.

I. — En tout cas, l'observation clinique ne saurait laisser le moindre doute sur la question. Il est absolument commun de rencontrer des syphilis graves, anormalement graves, sur les marins, les soldats, les fonctionnaires qui reviennent de celles de nos colonies où sévissent les fièvres paludéennes. De là le renom sinistre des **syphilis exotiques**, lesquelles, alors qu'on les soumet à une analyse étiologique sérieuse, semblent bien (pour la plupart au moins) ne devoir leur malignité qu'au paludisme.

J'ai réuni, empruntés à mes dossiers de ville, 59 cas de syphilis ayant évolué sur des sujets qui avaient été touchés à des degrés divers par le paludisme. Or, sur ces 59 cas, j'en ai trouvé 37 où la syphilis s'est manifestée sous des formes plus ou moins graves, quelquefois même très graves, en se traduisant par les divers accidents que voici :

Syphilides cutanées malignes, ulcéreuses, extensives (dont plusieurs à tendance phagédénique)	18 cas.
Syphilides de même ordre sur les muqueuses (voile palatin, amygdales, lèvres, etc.)	4 —
Onyxis, périonyxis, chute des ongles	3 —
Gommes	2 —
Gomme musculaire	1 —
Lésions osseuses (exostoses, périostoses, périostoses gommeuses)	6 —
Iritis, irido-choroïdite	3 —
Névrite optique	1 —
Adynamie générale, affaissement, prostration	3 —
Hémiplégie	3 —
Albuminurie	1 —
Etc...	

Trente-sept cas sur cinquante-neuf, cela donne une proportion de 63 p. 100, c'est-à-dire : *près de deux cas graves sur trois.*

J'ajouterai que cette gravité s'est montrée considérable en quelques cas. — Une fois même je l'ai vue aboutir à la mort, sur un tout jeune homme qui avait contracté des fièvres pernicieuses aux colonies et qui revenait en France dans un état d'épuisement absolu, encore augmenté par la suppuration de nombreux ulcères spécifiques. — De même, M. le Dr Gémy a relaté un cas dans lequel, sur un jeune Marocain affecté de paludisme, la syphilis prit d'emblée une forme maligne, se continua par des syphilides phagédéniques profuses et un ensemble de symptômes généraux comparables à ceux d'une « anémie pernicieuse aiguë », puis aboutit à la mort au cinquième mois de l'infection (1).

(1) Et cependant, par une contradiction que je ne m'explique pas, M. le Dr Gémy ne croit pas à l'influence nocive du paludisme sur la syphilis. Pour lui, comme je l'ai exposé précédemment, toute la gravité de la syphilis résiderait dans la « qualité de la graine », c'est-à-dire dans la « qualité mercurialisée ou non mercurialisée » de la syphilis d'où procède l'infection. (Voy. *Bulletin médical*, 1891, p. 907.)

II. — En second lieu, de même que pour l'alcool, cette gravité d'emprunt que la syphilis doit au paludisme se révèle le plus souvent d'une façon précoce, à savoir dès les premiers temps de l'infection.

Ainsi, dans les 37 cas que je viens de citer, je n'en compte pas moins de 13 qui ont revêtu la forme de *syphilis maligne précoce*, avec symptômes graves entrant en scène dès la première année, le plus souvent même dès les premiers mois (du second au quatrième, d'après mes notes).

III. — Point curieux et nettement démonstratif de l'influence nocive exercée par le paludisme sur la syphilis : il se peut qu'une attaque de paludisme réveille une syphilis en accalmie, une syphilis assoupie depuis de longues années, et lui imprime aussitôt un essor de malignité. Exemple :

Un jeune homme contracte la syphilis en 1871 et en éprouve immédiatement des accidents sérieux (chancre ulcéreux et syphilides ulcéreuses suivies de cicatrices persistantes). Il se traite ; tout disparaît, et aucun accident ne se reproduit plus jusqu'à 1883, c'est-à-dire pendant douze à treize ans. — A ce moment, il contracte à Panama des fièvres palustres qui prennent la forme pernicieuse. Tout aussitôt, explosion formidable d'accidents spécifiques, revêtant la forme des syphilis les plus malignes : syphilides profuses, criblant le corps d'ulcères, gommes, lésions osseuses, affaissement, anémie, adynamie, etc. On prescrit le rapatriement du malade comme seul moyen de salut. Et, quand ce malheureux jeune homme arrive en France, je le trouve dans un état presque désespéré, cachectique, émacié, épuisé, avec le corps criblé d'ulcérations (au nombre de 41, exactement !), ulcérations creuses, larges, très larges, au point que quelques-unes mesuraient de 15 à 20 centimètres de diamètre. — Traitement spécifique. — Véritable résurrection. — Guérison en deux à trois mois.

Et ce n'est pas tout encore. — Quelques mois plus tard, reprise d'accès palustres.—Et de même alors, presque immédiatement, rentrée en scène de la syphilis, sous une forme grave, à savoir : production, sur une jambe, d'une énorme infiltration gommeuse comprenant à la fois la peau, le tissu cellulaire et le périoste ; suppuration ; tibia dénudé sur une hauteur de 25 centimètres environ et apparaissant sous forme d'un séquestre absolument noir. — Traitement et guérison.

Absence ou insuffisance du traitement spécifique. — En dehors des circonstances précitées, toutes relatives à la personnalité même du malade, il est une condition qui, pour la très grande majorité des cas (je ne dis pas pour tous, qu'on veuille bien le remarquer), régit le pronostic de la maladie. Cette condition, c'est le traitement et, bien entendu, le traitement spécifique.

D'une façon générale et toutes réserves faites pour un petit nombre de cas qui échappent à la grande loi que je vais énoncer, **la syphilis se montre légère ou grave suivant qu'elle est ou non traitée.**

Car, certes, on peut le dire en toute assurance, la syphilis est une des maladies sur lesquelles la thérapeutique a le plus d'action ; c'est une des maladies que nous modifions le mieux, que nous réprimons le mieux, que nous guérissons même le mieux, oserai-je ajouter, sinon dans son principe, du moins dans ses manifestations. Voyez plutôt. Quelles sont les dermatoses dont nous soyons maîtres au même degré que nous le sommes des syphilides ? Quelles sont les tumeurs qui fondent, qui s'évanouissent sous l'influence de nos remèdes comme les néoplasmes de la vérole ? Quelles sont les affections osseuses, quelles sont les lésions viscérales, quelles sont les paralysies que nous sachions guérir comme les exostoses, les gommes, les paralysies syphilitiques? etc., etc. De sorte qu'en face d'un accident grave dont nous ignorons la nature, mais qui pourrait bien dériver d'une origine spécifique, nous en venons souvent à souhaiter que le malade ait eu la vérole ! « Si, par bonheur, cela pouvait être syphilitique, disons-nous, il y aurait chance de sauver le malade ; tandis que, si cela n'est pas syphilitique, nous n'y ferons rien. » Significatif hommage rendu à la puissance de l'art vis-à-vis de la vérole.

Aussi bien le parallèle entre la *syphilis traitée* et la *syphilis non traitée* est-il écrasant pour la doctrine du laisser faire et la périlleuse, l'abominable pratique de l'expectation. J'emprunterai ce parallèle à l'une de mes leçons cliniques :

... D'une façon habituelle, courante, qu'observe-t-on sur les sujets syphilitiques qui se traitent, j'entends qui se traitent avec méthode et persévérance ?

La syphilis, sur eux, est peu de chose en vérité, au point que certains même s'en étonnent. Je n'exagère rien, croyez-le, en affirmant, d'après mes notes, que, 95 fois sur 100 environ, *la syphilis traitée reste réellement bénigne.*

Je précise en disant : Pour la très grande majorité, les malades qui se soignent sérieusement traversent la vérole à peu de frais, ne présentant guère qu'un petit nombre d'accidents sans gravité, tels que les suivants : syphilides cutanées, de forme superficielle et sèche (roséole, syphilide papuleuse ou papulo-squameuse) ; — syphilides muqueuses, se renouvelant parfois à plusieurs reprises parce qu'elles sont provoquées par une excitation locale (exemple : plaques de la bouche chez les fumeurs), mais n'ayant en somme d'autre importance que celle d'érosions plus ou moins rebelles ; — quelques adénopathies ; — quelques douleurs passagères (céphalée, arthralgies, etc.) ; — un éclaircissement temporaire de la chevelure, et quelques autres mani-

festations tout aussi légères. Nombre de nos malades sont quittes à ce prix de la vérole, alors même qu'on les observe de longues années après le début de l'infection. Je compterais par milliers, pour ma seule part, ceux que j'ai vus ainsi relativement épargnés par la diathèse, grâce à un traitement convenablement suivi. Et il n'est pas de médecin qui n'ait en souvenir quantité de cas où ses malades en ont fini avec la vérole à tout aussi bon marché.

Chez les syphilitiques traités, les accidents sérieux ou graves sont chose rare. On ne compte certainement pas 5 malades sur 100 qui, en dépit d'un traitement méthodique et prolongé, soient sérieusement affectés par la diathèse.

Et c'est même là — soit dit incidemment — la raison qui rend la vérole que nous voyons *en ville* si différente de celle que nous observons *à l'hôpital*. A l'hôpital, la vérole, même dans ses formes secondaires, est affreuse, immonde. Ici, les manifestations que nous apportent souvent nos malades à leur entrée dans nos salles sont véritablement hideuses, révoltantes, voire parfois plus ou moins graves. La vérole de ville, celle de la clientèle privée, a une physionomie tout autre. Elle se présente sous un aspect cent fois plus bénin. Jamais, par exemple, vous ne rencontrerez chez une femme du monde cette syphilide muqueuse papulo-hypertrophique que nous voyons si souvent ici couvrir la vulve et les régions péri-vulvaires d'énormes tumeurs végétantes, excoriées, ulcéreuses et fétides. De même, réserve faite pour quelques cas assez rares, jamais vous ne verrez dans votre clientèle la syphilis affecter cette incroyable multiplicité de formes et de phénomènes que vous observez fréquemment à l'hôpital. Or, pourquoi ces différences? C'est que la plupart des malades de ville, à la première apparition de leur mal, accourent chez un médecin; c'est qu'ils ont soin de leur personne, c'est qu'intelligents et soucieux d'eux-mêmes, ils comprennent la nécessité de se traiter et *se traitent*, les uns très bien, les autres d'une façon passable, écourtée, mais suffisante du moins pour atténuer les manifestations de la diathèse. Tandis qu'au contraire les sujets, hommes ou femmes, qui composent le public des salles d'hôpital *ne se soignent pas*, n'arrivent à nos consultations qu'à la dernière extrémité, laissent le mal évoluer sur eux à loisir, et finissent par aboutir à ces formes graves d'accidents qui sont le résultat complexe de la maladie, de la négligence, de la misère, de l'absence absolue d'hygiène et de traitement.

Je viens de dire ce qu'est la syphilis traitée. Parallèlement, voyons ce qu'est la syphilis abandonnée à son évolution propre.

Non traitée, la syphilis devient, sinon toujours, au moins le plus souvent, sérieuse et redoutable. C'est alors qu'elle multiplie ses coups, c'est alors qu'elle se prodigue en accidents de tout genre, de tout siège, de toute gravité, c'est alors qu'elle détermine des lésions

menaçantes ou des infirmités incurables, voire qu'elle peut aller — et cela plus souvent qu'on ne le croit en général — jusqu'à compromettre l'existence. Ce qu'on la voit produire en telle condition est ceci :

Pour la période secondaire, des éruptions cutanées de toute espèce, sèches d'abord, puis humides, suppuratives et ulcéreuses; — des syphilides muqueuses ; — des adénopathies multiples, dégénérant parfois en cette variété de bubons que nous avons décrits sous le nom de strumoïdes ; — des alopécies plus ou moins intenses, voire des dépilations générales ; — des douleurs aussi variées que possible (céphalées, névralgies, périostites, myosalgies, arthralgies, etc.) ; — des iritis, des choroïdites, des rétinites susceptibles de troubler ou d'abolir la vision ; — des sarcocèles, d'où résulte parfois l'atrophie testiculaire ; — des désordres nerveux des plus divers ; — des paralysies; — des accidents fébriles; — des troubles gastriques, intestinaux, nutritifs, etc., pouvant ouvrir la voie à de véritables cachexies.

Et plus tard, à une période plus avancée, dans le state dit tertiaire, des syphilides profondes, pustulo-crustacées, tuberculeuses sèches, tuberculo-ulcéreuses, phagédéniques, etc. ; — des gommes, suivies d'ulcérations ou de destructions d'organes ; — des exostoses, des ostéomes gommeux, des nécroses ; — des lésions du cerveau ou de la moelle, d'où dérivent des hémiplégies, des troubles de l'intelligence, des paraplégies, etc., toutes affections entraînant à leur suite des infirmités incurables, quand elles ne déterminent pas la mort ; — des accidents viscéraux de tout siège et d'un pronostic des plus menaçants.

Sans parler encore de l'avortement, de l'accouchement prématuré, et des formes si graves, si souvent mortelles, de la syphilis héréditaire.

Sans parler non plus de toute la séquelle des affections dites parasyphilitiques (neurasthénie, tabes, paralysie générale, etc.).

Et j'abrège le tableau. Car en voilà vraiment assez pour que vous soyez édifiés. Je conclurai donc en disant :

Désastreuses, oui, désastreuses sont les conséquences de l'expectation appliquée à la vérole, alors surtout qu'on les oppose à la bénignité usuelle de la syphilis traitée. Jugez-en au surplus, messieurs, par les quelques exemples suivants qu'aujourd'hui même j'ai la possibilité de mettre sous vos yeux.

Voici, d'abord, une jeune femme qui a contracté la syphilis à dix-huit ans. Elle ne s'est pas traitée. A vingt-six ans, il lui survint une gomme du voile palatin. Elle ne se traita pas encore. Elle perdit alors tout le voile du palais, et vous la voyez aujourd'hui avec une double infirmité pour laquelle, de guerre lasse, elle vient réclamer nos soins, à savoir : nasonnement de la voix, devenue confuse au

point d'être presque inintelligible ; — régurgitation nasale des aliments et des liquides.

Cette autre femme a gagné la syphilis de son mari il y a sept ans. Le mari, pour dissimuler sa faute, ne fit pas traiter cette malheureuse, croyant, nous a-t-il dit, que « cela ne serait rien ». Survinrent quelques accidents secondaires auxquels on ne prêta pas plus d'attention. Puis, en avril dernier, invasion de cette horrible syphilide tuberculo-ulcéreuse, laquelle (je puis le dire à présent que cette malade ne nous écoute plus) laissera à sa suite de profondes cicatrices et défigurera cette femme, encore fort jolie, paraît-il, il y a quelques mois.

Troisième exemple : Un tout jeune artiste prend la syphilis il y a deux ans. *Sur l'avis d'un médecin* (!) il ne se traite pas. Il éprouve alors coup sur coup divers accidents spécifiques qu'il laisse toujours sans traitement. Survient plus tard une hémiplégie, évidemment et exclusivement imputable à la syphilis. De même encore, pas de traitement. Résultat : L'hémiplégie subsiste avec contracture, et le malade reste infirme de tout son côté droit. « Infirme à vingt ans ! Autant vaudrait la mort », me disait lui-même ce pauvre jeune homme.

Une quatrième malade, que nous avions récemment dans nos salles, contracte une syphilis qui devient assez sérieuse, et se traite assidûment par l'homœopathie, c'est-à-dire ne se traite pas. Des syphilides muqueuses, des douleurs de tout genre, des périostites et d'autres accidents se succèdent ; l'homœopathie conserve toujours les préférences de la malade. Finalement, il se produit une irido-choroïdite double et une syphilide gommeuse du voile du palais. Le voile se crève et se détruit entièrement ; un des yeux s'atrophie, et c'est à peine si l'autre (où l'ophthalmoscope nous a montré des lésions évidemment syphilitiques) a pu être amélioré quelque peu par le traitement spécifique intervenu trop tardivement.

Dernier exemple, celui-ci emprunté à ma clientèle de ville : Une enfant, la fille d'une très honorable famille, contracte la syphilis à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache. On méconnaît le mal tout d'abord ; plus tard on en méconnaît la gravité, et le traitement antisyphilitique, institué par un de nos confrères, n'est suivi que quelques semaines. Cinq ans plus tard, gomme du voile palatin et nécrose des os du nez. Le voile se perfore et le nez s'écroule.

Toutefois, cela dit sur les immenses bienfaits du traitement spécifique dans la syphilis, n'allons pas dépasser la mesure et, dans un emballement admiratif, nous représenter le mercure et l'iodure comme deux maîtres souverains qui régentent la maladie à leur guise. S'il fallait en croire certains de nos confrères, rien de ce qui appartient à la vérole ne résisterait au traitement spécifique, et tout ce qui est syphilitique devrait nécessairement et infailliblement guérir sous

l'influence des mercuriaux. Illusion dangereuse ! Si le traitement spécifique, en effet, exerce sur la diathèse une action des plus énergiques et des plus remarquables, une action que je ne crains pas de qualifier de *merveilleuse*, de *prodigieuse*, il s'en faut cependant, et de beaucoup, qu'il soit tout-puissant, qu'il soit infaillible, et que, n'importe la lésion, n'importe la période, n'importe la forme de la maladie, il guérisse à coup sûr et toujours. Sur ce point, voici l'exacte vérité.

Inutile de dire en premier lieu que, mis en œuvre d'une façon tardive (comme ce n'est que trop souvent le cas), mis en œuvre contre des lésions accomplies, le traitement spécifique n'a pas la vertu de réparer des destructions faites ou de reconstituer des éléments histologiques anéantis.

De plus, il n'a pas toujours d'effets assez rapides pour sauvegarder l'intégrité de certains organes à structure éminemment délicate (l'œil et la moelle, par exemple), dont une altération minime suffit à déterminer un trouble fonctionnel important.

Parfois encore il semble ne guérir que les symptômes, sans influencer la maladie, comme dans ces cas curieux dont je vous parlais tout à l'heure, où des poussées spécifiques se succèdent d'une façon presque continue, et cela *quoi qu'on fasse*. Chacune de ces poussées se trouve à merveille de l'action du traitement ; mais l'une n'est pas plus tôt éteinte qu'une autre se reproduit, et ainsi de suite, comme si le principe même de la maladie n'était pas touché par les remèdes.

Enfin (et j'abrège), il est d'autres cas — ceux-ci très rares, exceptionnels même, bien heureusement — qui restent absolument réfractaires à la thérapeutique. Le traitement alors est véritablement *inférieur* à la maladie ; il reste impuissant devant elle ; il la laisse évoluer avec toutes ses conséquences, ou peu s'en faut.

Telle est la note exacte en l'espèce, et c'est là ce qu'il faut bien savoir, c'est là notamment ce qu'il importe de faire entrer en ligne de compte alors que l'on suppute, vis-à-vis des dangers de la vérole, les secours à attendre de la thérapeutique.

Lacunes du sujet ; — facteurs de gravité encore inconnus. — De ce qui précède il résulte que certaines conditions de divers ordres, en s'ajoutant à la syphilis, lui ajoutent un élément de gravité.

Mais, autre question : Les conditions de cet ordre nous sont-elles *toutes* connues ? — Non certes, répondrai-je, et il en est à coup sûr qui nous ont échappé jusqu'à ce jour.

De cela voici la preuve : c'est qu'il n'est pas très rare de rencontrer en pratique des syphilis graves, voire très graves, sans que rien nous explique le pourquoi de leur gravité. Pour avoir étudié ce sujet avec grande attention depuis nombre d'années, je suis en mesure d'affirmer que bien des fois il m'est arrivé, soit à l'hôpital, soit en ville, de constater cliniquement qu'une syphilis offrait un cachet anormal de mali-

gnité, sans pouvoir découvrir la moindre raison à cette malignité. Vainement, en pareil cas, s'efforce-t-on de fouiller dans le passé et l'état actuel, d'interroger les antécédents personnels ou héréditaires, de rechercher les conditions quelconques susceptibles d'avoir pu compliquer la syphilis d'un élément nocif étranger, on ne trouve *rien*, absolument rien qui soit de nature à élucider le problème, et, finalement, on reste en face de ceci : *syphilis grave sans raison d'être grave.* Aussi bien mes cartons ne sont-ils que trop riches en observations portant l'étiquette suivante : « Syphilis intense ou maligne ; pas de facteur appréciable de malignité. »

Et, cependant, il faut bien que de telles syphilis aient eu une raison, un pourquoi, pour être ce qu'elles ont été ; il faut bien qu'elles aient eu un facteur quelconque de gravité, car, en pathologie comme en toutes choses, le simple hasard n'est pas de mise et tout phénomène a sa cause.

De là, conséquemment, cette conclusion nécessaire : que des conditions encore INCONNUES de nous président parfois à la qualité d'une syphilis pour la rendre ou grave ou maligne, et que ces conditions sont à rechercher par un supplément d'enquête.

Pronostic prévisionnel de la syphilis. — Tout cela posé, revenons maintenant à la question qui a servi de point de départ au long exposé qui précède, à savoir celle du pronostic prévisionnel de la syphilis.

Étant donnée une syphilis qui vient de naître, nous est-il permis de présager ce qu'elle sera, c'est-à-dire de la préjuger faible ou forte, bénigne ou maligne, dans l'avenir qui s'ouvre devant elle?

Eh bien, NON, rigoureusement non, nous ne sommes pas en mesure d'émettre une prophétie de ce genre. Nous ne savons absolument pas ce que contient en germe cette syphilis qui vient de naître, et son avenir est pour nous couvert d'un voile.

Cependant sommes-nous vis-à-vis de cette syphilis dans la situation d'un explorateur qui part pour un pays absolument inconnu, et qui n'a par devers lui aucun moyen de se rendre compte ni des ennemis ni des difficultés multiples qu'il va affronter? Non, encore, et loin de là même. Car, tout au moins, disposons-nous et d'un acquis scientifique qui nous a fait connaître le mal que nous avons à combattre, et de certaines présomptions qui, d'une façon générale ou individuelle, nous autorisent à préjuger ce qu'il pourra être en l'espèce. Ainsi :

Tout d'abord, à la façon dont la syphilis en question vient de s'annoncer, nous pouvons prévoir à peu près sûrement ce qu'elle va être dans un avenir *prochain.* Que si elle a débuté par un chancre de modalité bénigne, il y a presque certitude pour que l'invasion

secondaire ou même le stade secondaire affecte une modalité parallèlement bénigne. Que si, au contraire, elle a eu pour exorde un « mauvais chancre », à savoir un chancre ulcéreux ou, *à fortiori*, phagédénique, il faut nous attendre à une explosion secondaire ou peut-être même à une période secondaire sérieuse, chargée d'accidents, voire à des accidents de tertiarisme précoce (*Loi de Bassereau*).

En second lieu, il est, nous l'avons vu, des présomptions sérieuses à tirer, en vue du pronostic prévisionnel, de ces conditions multiples et diverses que je viens d'étudier sous le nom de *facteurs de gravité*. La présence ou l'absence de ces conditions est certes de nature à nous inspirer ou défiance ou confiance sur l'avenir d'une syphilis donnée.

Ainsi, il est usuel (je ne dis pas constant) qu'une syphilis venant à affecter un sujet jeune, bien portant, observant une bonne hygiène, exempt de tares héréditaires de mauvais aloi, non alcoolique, non paludique, etc., évolue en dehors de toute malignité.

Et, réciproquement, il est assez habituel qu'en des conditions précisément opposées la syphilis se montre sérieuse, grave ou maligne.

Puis encore et surtout, il est un troisième facteur d'où dépend bien plus sûrement le sort d'une syphilis comme nocivité d'avenir; c'est le *facteur thérapeutique*. Si bien que, fort d'une expérience plusieurs fois séculaire, le médecin peut dire aujourd'hui : « Si telle syphilis est correctement traitée, traitée dès son début, traitée comme il faut qu'elle le soit et aussi longtemps qu'elle le doit être, elle restera presque sûrement pauvre en accidents, voire peut-être muette, à cela près de quelques décharges secondaires et sans importance, pour toute l'existence du malade ; — tandis que, si elle n'est pas traitée ou si elle n'est qu'insuffisamment traitée, elle aboutira presque infailliblement (et cela à terme que j'ignore) à quelque explosion tertiaire, laquelle sera nécessairement sérieuse, pourra être grave, pourra même menacer ou la vie d'un organe ou la vie du malade. »

Et j'ajouterai même ceci : A coup sûr, de tous les éléments qui président au sort futur d'une syphilis, c'est l'élément thérapeutique auquel revient l'influence *maxima*. Sans contradiction possible, c'est le traitement qui, pour la grande majorité des cas, fait d'une syphilis ce qu'elle est et ce qu'elle restera. C'est le traitement qui fait de la syphilis une maladie tolérable, tandis que, sans le traitement, elle serait le plus épouvantable des fléaux.

Je ne sais que trop, certes, qu'il est des exceptions à ce que je viens de dire ; mais que l'on compte ces exceptions, et on les trouvera infiniment rares par rapport au nombre écrasant des cas dans lesquels le traitement atténue, mitige et même dompte la vérole.

Conséquemment, on le voit, *dans une certaine mesure* et avec toutes les réserves que comporte un problème aussi délicat, il nous

est permis de préjuger ce que peut être une syphilis donnée, et d'en individualiser ainsi le pronostic.

Mais, cela dit, n'allons pas exagérer la valeur de ce pronostic prévisionnel basé sur les considérations que je viens d'énoncer. Gardons-nous surtout de prendre ces considérations pour infaillibles, non plus que pour suffisantes en l'espèce. Car, de par expérience, en dehors et au-dessus de toutes les prévisions rationnelles qu'on peut tirer des conditions propres à l'individu comme aussi des conditions de traitement, la syphilis est parfois grave ou légère sans qu'on puisse en déterminer le pourquoi. Très certainement, un élément *inconnu* préside souvent à ses destinées pour lui conférer soit une bénignité, soit une malignité particulière, l'une et l'autre également inexplicables. En un mot, il y a toujours, dans le pronostic prévisionnel de la syphilis, à réserver ce que j'appellerai **la part de l'inconnu.**

De là, de nombreuses irrégularités ou anomalies apparentes dans le rapport qui semblerait devoir proportionner la qualité d'une syphilis à ses conditions pronostiques individuelles. Ainsi, on rencontre parfois des syphilis dont la gravité ou la malignité n'est expliquée par quoi que ce soit ; et, réciproquement, on voit des syphilis rester bénignes alors qu'elles auraient tous motifs pour devenir graves. Comme exemples de cette dernière éventualité, je citerai les deux cas suivants :

Je traite depuis longtemps pour la syphilis un jeune homme chétif et malingre, maigre, anémique et, de plus, franchement tuberculeux pulmonaire. Or, sa syphilis a toujours conservé une forme des plus bénignes.

Au début de ma carrière, j'ai donné mes soins pour la syphilis à un sujet débilité, amaigri, frêle et surtout ultra-nerveux. Or, ce malade, dont je suis resté le médecin, a eu l'existence la plus turbulente qui se puisse imaginer, la plus accidentée par toutes sortes d'émotions, de commotions, de revers, de catastrophes, etc. La syphilis aurait eu beau jeu, certes, pour s'en prendre à un système nerveux aussi prédestiné et aussi fortement ébranlé ; eh bien, contrairement à toute prévision, elle l'a toujours laissé indemne.

D'autre part, il n'est pas rare qu'une syphilis, après avoir débuté sous les pires formes, rentre dans la normale à un moment donné et ne produise plus rien de grave. Ainsi, deux de mes clients, grands viveurs et alcooliques émérites, ont commencé leur syphilis, l'un par une syphilide maligne qui lui a dévasté le visage, et l'autre par une hémiplégie (survenue dès le cinquième mois). Puis au delà (grâce sans doute au traitement, à la vérité) ils n'ont plus été éprouvés par le moindre incident d'ordre spécifique.

Inversement, et ceci est à la fois bien plus commun et bien plus essentiel à noter pour la pratique, il est quantité de syphilis *qui*

commencent bien pour mal finir, ou, en autres termes, qui, initialement bénignes, n'en aboutissent pas moins ultérieurement aux formes les plus graves de la maladie. De cela j'ai déjà cité et j'aurais encore à citer quantité d'exemples.

Donc, pas d'illusions, dirai-je en terminant. Ce que nous pouvons préjuger d'une syphilis qui vient de naître se réduit en somme à peu de chose ; et la vérité, c'est que nous n'avons aucun moyen de savoir ce qu'est au juste cette syphilis et de préjuger ce qu'elle contient de périls pour l'avenir.

Or, cette vérité est de premier ordre comme importance, et il faut que le médecin s'en pénètre, car il en dérive un corollaire *d'ordre pratique* qui comporte un intérêt considérable, intérêt que d'un mot vous allez apprécier.

Et, en effet, dans la pensée que la bénignité initiale d'une syphilis constitue le présage d'une bénignité future et indéfinie, nombre de praticiens se refusent à traiter une syphilis initialement bénigne à la façon dont ils traitent une syphilis d'un autre caractère, c'est-à-dire à lui imposer le long, le très long traitement qui est actuellement démontré nécessaire, sinon pour guérir la syphilis (la guérit-on jamais ?), du moins pour contenir d'une façon définitive ses manifestations d'avenir. Or, c'est là, basée sur une erreur de pronostic prévisionnel, une faute grave qui court risque de devenir éminemment préjudiciable aux malades. Tout au contraire, l'expérience clinique démontre qu'une syphilis qui débute sous une forme favorable, qui « s'annonce bien », comme on dit, n'en contient pas moins pour l'avenir le germe d'accidents redoutables, si elle n'est pas suffisamment et longuement réprimée. Ainsi, comme je l'ai répété tant de fois et démontré, je crois, par des chiffres irréfutables, *le tertiarisme dérive, pour l'énorme majorité des cas, de syphilis originairement bénignes* (1).

Jugez donc, messieurs, à quelles conséquences peut aboutir de la sorte une induction fausse, tirée d'un prétendu présage ; — et cette considération vous expliquera les longs développements que j'ai cru devoir accorder à cette question du pronostic prévisionnel de la syphilis.

(1) Voy. *Traitement de la syphilis*, p. 19 et suiv.

TABLE DES MATIÈRES

Définition. — Caractéristique générale de la syphilis. — Évolution en trois périodes : période *primaire* ; — période *secondaire* ; — période *tertiaire*..... 1
Dénomination..... 4
Comment la syphilis pénètre-t-elle dans l'organisme ? — Quatre modes..... 5

SYPHILIS ACQUISE.

Contage syphilitique et contagion syphilitique. — Où réside ce contage ? — Confrontations. — Expérimentations sur l'homme sain. — Le contage existe-t-il dans les manifestations d'ordre tertiaire ? — Persiste-t-il indéfiniment dans le sang ? — Les accidents secondaires sécrétants conservent-ils indéfiniment le pouvoir contagieux, à quelque époque de la maladie qu'ils viennent à se produire ?..... 7
Modalités variables de la contagion syphilitique. — Contagion médiate..... 18
Éclosion et premières étapes de la syphilis. — *Lois d'évolution*..... 21
Question des syphilis d'emblée..... 24

PÉRIODE PRIMAIRE.

Chancre et bubon satellite.

CHANCRE SYPHILITIQUE.

Synonymie. — Caractères anatomiques. — Caractères cliniques. — Chancre expérimental. — Chancre de contagion..... 27
Description du chancre dans son type usuel. — Caractères d'étendue, de configuration, de couleur, de fond, de bords, etc.
Induration. — Deux formes d'induration : induration nodulaire et induration lamelleuse ; — celle-ci comportant deux degrés : induration parcheminée et induration foliacée. — Comment rechercher l'induration ? — Que devient l'induration au moment et au delà de la période terminale du chancre ? — Évolution. — Durée..... 32
Caractère dominant de la lésion primitive de la syphilis ou chancre syphilitique : *Bénignité*..... 43

BUBON SATELLITE.

Caractère *constant* de l'adénopathie symptomatique du chancre. — Siège. — Adénopathie centripète. — Échéance d'apparition..... 44
Symptomatologie. — Caractères usuels d'aphlegmasie, d'indolence, de dureté, de multiplicité ganglionnaire. — (Pléiade de Ricord. — Évolution. — Résolution spontanée..... 48
Variétés. — Variétés de développement (adénopathie faible, adénopathie

forte). — Bubon conglomeré. — Bubon syphilo-strumeux. — Bubon inflammatoire. — Bubon suppuré..... 54
Lymphangite symptomatique du chancre..... 57
Traitement..... 59
Rôle diagnostique du bubon satellite..... 60

Diagnostic général du chancre.

Cinq ordres d'éléments diagnostiques : 1° Caractères cliniques du chancre ; — 2° Caractères cliniques du bubon ; — 3° Données fournies par l'*incubation* ; — 4° Données fournies par l'*auto-inoculation* ; — 5° Données fournies par la pratique des *confrontations*..... 63
Diagnostic différentiel. — I. Diagnostic du chancre naissant. — II. Diagnostic du chancre adulte..... 73
Espèces pathologiques pouvant prêter à confusion. — 1° Érosions simples. — Piège des indurations artificielles..... 75
2° Herpès. — Caractère différentiel principal tiré du polycyclisme et du microcyclisme de l'érosion herpétique..... 77
3° Chancre simple. — Coexistence possible des deux chancres. — Chancre mixte.....
4° Ecthyma scabieux chancriforme..... 96

Variétés du chancre syphilitique.

Innombrables. — De tous les caractères cliniques du chancre deux seulement à peu près constants : processus érosif ou ulcéreux de surface et induration. — De l'induration chancreuse chez la femme. — Le chancre n'est pas syphilitique parce qu'il est induré ; il est induré parce qu'il est syphilitique.....

I. Variétés de nombre..... 101
II. Variétés d'étendue. — Grands chancres. — Petits chancres..... 102
III. Variétés de forme objective. — Chancre érosif. — Chancre exulcéreux. — Chancre ulcéreux. — Chancre papuleux. — Chancre hypertrophique. — Variétés de couleur..... 103
IV. Variétés de siège. — Ubiquité. — Statistique sur les localisations du chancre. — Chancres génitaux. — Chancres périgénitaux. — Chancres extra-génitaux. — Modifications résultant des variétés de localisation. — Chancre des muqueuses. — Chancre de la peau..... 105

Particularités de localisation.

I. Variétés du chancre chez l'homme. — Chancre du gland et de la rainure glando-préputiale. — Chancre du frein et des fossettes du frein. — Chancre du méat urétbral. — Chancre de l'urèthre. — Chancre du prépuce. — Chancres sous-phimosiques. — Difficultés diagnostiques qu'ils comportent. — Chancres du fourreau, des bourses et de la région pubienne..... 111
II. Variétés du chancre chez la femme. — Statistique de localisations. — Chancre des grandes lèvres. — Chancre des petites lèvres. — Chancre de l'entrée du vagin et des caroncules. — Chancre du clitoris. — Chancre du méat urétbral. — Chancre de l'infundibulum vulvo-vaginal. — Chancre du vagin. — Chancres du col utérin. — Leurs conséquences obstétricales. — Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et du chancre simple sur le col utérin..... 119

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX.

Multiplicité toujours croissante (en apparence tout au moins) des chancres extra-génitaux. — Fréquence approximative. — Sièges. — Division..... 131
I. Chancres buccaux. — Étiologie. — Péril du baiser en état de syphilis.

— Contagions médiates. — Contaminations professionnelles. — Contaminations dérivant de l'allaitement.
1° Chancres labiaux. — Types divers. — Diagnostic différentiel avec épithélioma labial 135
2° Chancres de la langue. — Diagnostic différentiel. — Glossite dentaire. — Ulcère tuberculeux 139
3° Chancres de la gencive 142
4° Chancres du palais, du voile palatin, des piliers et de la muqueuse génienne 143
5° Chancres de l'amygdale. — Trois formes principales : forme érosive ; — forme ulcéreuse ; — forme angineuse. — Variété diphthéroïde. — Variété gangreneuse 143
6° Chancres du pharynx 149

II. Chancres des narines et de la pituitaire 150
III. Chancres de l'oeil. — Étiologie. — Chancre palpébral. — Chancre du bord ciliaire. — Chancre conjonctival 150
IV. Chancres du visage. — Étiologie. — Contamination par le rasoir. — Types divers. — Types hypertrophiques. — Diagnostic différentiel : Épithéliome ; — Sycosis 155
V. Chancres de l'oreille 162
VI. Chancres du cuir chevelu 162
VII. Chancres du cou, du tronc et des membres. — Étiologie. — Contagions directes ; contagions médiates. — Formes cliniques 162
VIII. Chancres du sein. — Étiologie. — Type usuel. — Variétés : chancre fissuraire ; — chancres multiples herpétiformes 172
IX. Chancre vaccinal. — Caractères cliniques. — Variétés. — Diagnostic avec vaccine ulcéreuse 177
X. Chancres de la main. — Étiologie. — Chancres digitaux. — Types usuels. — Types anormaux : chancre hypertrophique ; — chancre panaris ; — chancre fongueux 181
XI. Chancres des régions anale, périanale et rectale 188

Pronostic de la syphilis issue des chancres extra-génitaux. — L'extra-génitalité du chancre constitue-t-elle un élément de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre ? 195

Variétés d'évolution.

Chancres d'éclosion synchrone. — Chancres successifs. — Erreurs possibles relativement à ces derniers 197

Complications du chancre.

I. *Accidents inflammatoires*. — Chancre enflammé. — Phimosis. — Balano-posthite. — Paraphimosis. — Vulvite. — Sclérème vulvaire.
II. *Accidents gangreneux*.
III. *Phagédénisme*. — Deux formes : phagédénisme gangreneux et phagédénisme inflammatoire. — Variété : phagédénisme érosif. — Accidents et conséquences. — Pseudo-phagédénisme. — Phagédénisme septique ou infectieux. — Étiologie. — Diagnostic. — Pronostic.
Loi de Bassereau 202

Traitement du chancre et de ses complications.

I. Traitement suppressif, traitement abortif. — Y a-t-il avantage à supprimer le chancre en tant que lésion ? — Y a-t-il avantage à supprimer le chancre quant à ses conséquences ultérieures ? 216
II. Traitement usuel 218
III. Que faire aux indurations posthumes ? 221
IV. Indications résultant de localisations particulières 222
V. Traitement des complications. — Complications inflammatoires. —

Chancres sous-phimosiques. — Balano-posthite. — Paraphimosis. — Gangrène et phagédénisme. — Fautes thérapeutiques à éviter..... 224

Accidents posthumes du chancre.

Exagération du noyau d'induration. — Chancre *redux*. — Fonte et ramollissement de l'induration..... 234

PÉRIODE SECONDAIRE.

Échéance d'invasion des accidents dits *généraux* ou *constitutionnels* de la syphilis. — Quels sont ces accidents?
Discipline chronologique de la maladie. — Division naturelle de toute la maladie en trois périodes : **Période primaire ; — période secondaire ; — période tertiaire**. — Avantages de cette classification, en dépit des légitimes critiques qui peuvent lui être adressées..... 240
Caractéristique générale de la période secondaire. — Parallèle avec la période tertiaire..... 245
Comment se fait ce qu'on appelle l'explosion secondaire?..... 248

État général au cours de la période secondaire.

Syphilis tolérées. — Syphilis affectant l'état général. — Type anémique. — Type asthénique ou nerveux. — Type dénutritif. — Type mixte. — Durée variable de ces troubles généraux. — Dangers indirects des états de débilitation syphilitique..... 249

Recherches hématologiques.

Altérations du sang. — Formes habituelles : diminution de l'hémoglobine ; — diminution des hématies ; — élévation de nombre des globules blancs. — Types divers de l'anémie syphilitique : type de l'anémie simple; — type chloro-anémique ; -- type chloro-anémique avec leucocytose; — type de l'anémie pernicieuse, etc..... 258
Influence du mercure sur la restauration du sang. — Déductions pratiques... 264

SYPHILIDES CUTANÉES.

Caractères généraux des syphilides. — Caractères généraux des syphilides secondaires..... 266
Division des syphilides secondaires..... 273

I. — Syphilides érythémateuses.

Constitution du genre. — Deux types..... 277
I. Roséole..... 278
II. Roséole circinée..... 281
Variétés.
Diagnostic différentiel : roséole simple; — roséole résineuse; — pityriasis versicolor rosé; — pityriasis rosé; — roséole de l'antipyrine..... 282
Roséole à récidives multiples. — Singularité de ce type, susceptible de retours étonnamment répétés..... 290

II. — Syphilides papuleuses.

Constitution du genre. — Papule élémentaire. — Sa constitution étiologique. — Division..... 296
I et II. Syphilide papuleuse et syphilide papulo-squameuse. — Quatre types constitutifs :

1° Type à papules moyennes : SYPHILIDE PAPULO-SQUAMEUSE LENTICULAIRE. 299
2° Type à petites papules : SYPHILIDE PAPULO-GRANULEUSE ET SYPHILIDE PAPULEUSE PONCTUÉE. — Diagnostic différentiel avec le lichen plan 305
3° Type à grandes papules : SYPHILIDE PAPULEUSE NUMMULAIRE..... 310
4° Type à papules en placards : SYPHILIDE PAPULEUSE EN NAPPE..... 311

Variétés multiples de ces syphilides papuleuses. — Variétés comme développement : papules rudimentaires et papulo-tubercules comme types extrêmes. — Syphilides psoriasiformes. — Syphilides papuleuses circinées (annulaires, arciformes, en arceaux conjugués, en spirale, syphilides circinées concentriques, syphilides circinées à centre maculeux, etc.). — Syphilide papuleuse groupée ou en bouquet ; — syphilide à groupement circiné ; — syphilide papuleuse en corymbe..... 312
Variétés de siège : papule à rhagade ; — syphilide papilliforme, verrucoïde ou végétante. — **Syphilide palmaire et plantaire.** — Type lentieulaire. — Type en nappe. — Type circiné. — Type corné. — Variétés digitales..... 316
Diagnostic des diverses formes de la syphilide papulo-squameuse. — Psoriasis. — Exanthèmes syphiloïdes palmaires et plantaires. — Exanthème palmaire de l'antipyrine..... 324

III. SYPHILIDE PAPULO-ÉROSIVE (plaques muqueuses de la peau)..... 335
IV. SYPHILIDE PAPULO-CROÛTEUSE. — Types divers à dénominations multiples. — Réforme nécessaire de nomenclature. — Syphilide herpétiforme. — Syphilide acnéiforme. — Syphilide impétigineuse..... 335

III. — Syphilide ulcéreuse superficielle.

Caractère constitutif : processus ulcéreux. — Syphilide ecthymateuse. —

Variété hémorrhagique ; — variété végétante ou papillomateuse..... 343
Résumé. — Comment les variétés infiniment multiples des syphilides secondaires peuvent être ramenées à trois types : type érythémateux, type papuleux, type ulcéreux. — Avantages d'une nomenclature simplifiée de la sorte. 350

Diagnostic général des syphilides secondaires..... 351

Syphilides secondaires malignes.

Tro types principaux :

1° SYPHILIDE PAPULO-TUBERCULEUSE. — Variétés : syphilide papulo-tuberculeuse annulaire ; — syphilide papulo-tuberculeuse hémorrhagique... 354
2° SYPHILIDE PAPULEUSE EXFOLIATRICE..... 358
3° SYPHILIDE PAPULEUSE NIGRICANTE..... 359

Syphilide pigmentaire.

Type usuel ou réticulaire. — Variété dite à lunules. — Mélanodermies atypiques. — Leucomélanodermies.

Pourquoi cette syphilide pigmentaire rentre dans le cadre des affections parasyphilitiques..... 361

Reliquats des syphilides secondaires. — **Leuco-atrophie cutanée**..... 374

Traitement des syphilides secondaires. — Médication générale. — Traitements topiques..... 378

Onyxis et périonyxis.

Groupe complexe des onyxis. — Onyxis craquelé. — Décollement partiel de l'ongle. — Décollement total. — Pachyonyxis. — Elconyxis..... 393
Périonyxis sec. — Périonyxis inflammatoire. — Périonyxis ulcéreux..... 397

Alopécie.

Préjugés à son sujet. — Échéance d'invasion. — Pathogénie. — Syphilide pityriasiforme ou roséole furfuracée du cuir chevelu. — Alopécie sans lésions 402
Alopécie cranienne. — Caractéristique. — Deux types : forme diffuse et forme en clairières. — Variété : alopécie pseudo-peladique. — Degrés variables d'intensité. — Durée. — Terminaison. — Diagnostic. — Pelade 409
Alopécie de la barbe ; — des sourcils et des cils ; — alopécie génitale, etc.... 418

SYPHILIDES MUQUEUSES.

Dénominations. — Réforme nécessaire de nomenclature. — Quatre types nettement spécifiés :

1° Syphilides *érosives* ;
2° Syphilides *papulo-érosives* ;
3° Syphilides *papulo-hypertrophiques* ;
4° Syphilides *ulcéreuses*.

Échéance d'invasion. — Siège 421
Caractères généraux des syphilides muqueuses. — Contagiosité 425

Syphilides muqueuses génitales.

I. Chez la femme.

SYPHILIDES VULVAIRES.

1° Type *érosif*. — 2° Type *papulo-érosif*. — Nappes muqueuses par agmination. — Évolution. — Résolution hâtive et facile curabilité. — Traitement. — 3° Type *papulo-hypertrophique*. — Structure. — Complications. — Traitement. — 4° Type *ulcéreux*. — Analogies objectives avec le chancre simple. — Diagnostic différentiel 429
Variétés. — Types associés. — Variétés de couleur. — Plaques opalines ou diphthéroïdes. — Syphilide papuleuse caliciforme. — Syphilide papulo-ulcéreuse. — Variétés circinées 450
Folliculites vulvaires 453
Syphilides vaginales 455
Syphilides utérines 456
Complications des syphilides génitales chez la femme. — Érythème, intertrigo, œdème, phlegmons circonscrits. — Lymphangites. — Sclérème vulvaire. — Déformations 460

II. Chez l'homme.

1° Type érosif. — Danger considérable de ces insignifiantes syphilides érosives au point de vue de la contagion. — 2° Type papulo-érosif. — 3° Type papulo-hypertrophique. — 4° Type ulcéreux 464
Syphilides muqueuses du scrotum et des régions périgénitales 467
Complications. — Balano-posthite secondaire. — Traitement 469
Syphilides anales et périanales. — Diagnostic. — Dermite papulo-érosive pseudo-syphilitique 471

Syphilides bucco-gutturales.

Accidents les plus communs de toute la syphilis. — Étiologie. — Siège. — Formes diverses. — Quatre types 475
Variétés de nombre, d'étendue, d'aspect, de configuration, etc. — Plaques muqueuses *opalines*, voire *diphthéroïdes*. — Syphilides circinées. — Variétés régionales. — Rhagades. — Forme fissuraire. — Plaques lisses de la langue ou **glossite dépapillante**. — Variétés comme troubles fonctionnels. — Angine secondaire. — Plaques muqueuses latentes, ignorées 479

Diagnostic. — La plaque muqueuse a-t-elle quelque attribut propre, spécial ? Diagnostic différentiel : Érosions simples, inflammatoires ou autres ; — herpès buccal ; — herpès récidivant buccal ; — aphthe ; — hydroa buccal ; — glossite exfoliante marginée ; — perlèche ; — lésions mercurielles ; — érosions ou ulcérations d'origine dentaire..... 490
Traitement. — Médication interne n'exerçant sur ces accidents qu'une action des plus lentes. — Résultats bien plus hâtifs obtenus de la médication externe. — Cautérisations. — De quel caustique faire choix ? — Indications et contre-indications du nitrate de mercure et du nitrate d'argent. — Accidents de pratique à conserver en souvenir. — Cautérisations fractionnées. — Hygiène buccale. — Gargarismes, collutoires, etc..... 504
Dysphagie syphilitique secondaire..... 512

Syphilides ou parasyphilides leucoplasiformes de la bouche.

Existence indéniable d'une leucoplasie secondaire. — Caractères cliniques de cette leucoplasie. — Types divers. — Évolution. — Résistance au traitement spécifique. — Diagnostic différentiel avec : plaques muqueuses diphthéroïdes ; — leucoplasie nicotique ; — énanthème buccal du lichen plan. — Traitement. — Vraisemblablement, cette leucoplasie rentre dans le cadre des affections parasyphilitiques..... 513

Syphilis secondaire du larynx.

Formes diverses. — 1° Érythème laryngé. — 2° Plaques muqueuses. — 3° Laryngite hyperplasique. — 4° Laryngite ulcéreuse.
Évolution. — Pronostic. — Traitement. — Indication formelle des injections de calomel dans les cas menaçants..... 522

Syphilides muqueuses des narines et de la pituitaire ; — de l'œil ; — de l'oreille ; — du sein ; — de l'aisselle ; — de l'ombilic ; — des orteils. — Traitement..... 530

Indurations secondaires.

Syphilides indurées. — Erreurs diagnostiques pouvant dériver de ces indurations secondaires. — Pseudo-chancres indurés de récidive.
Signification clinique de l'induration en syphilis..... 536

Métamorphoses du chancre in situ.

Transformation du chancre en plaque muqueuse. — Importance autrefois attribuée à cette modification objective. — Ancienne doctrine de la plaque muqueuse primitive..... 540

ADÉNOPATHIES ET LYMPHANGITES SECONDAIRES.

Échéance d'apparition.
Adénopathies. — Sièges. — Prédilection singulière de la syphilis pour certains groupes ganglionnaires. — Pathogénie. — Formes cliniques : 1° Forme usuelle. — 2° Forme confluente (glandage secondaire). — Prétendu rôle de protection attribué à ces adénopathies pour la défense de l'organisme. — 3° Forme strumeuse (écrouelles secondaires)..... 544
Lymphopathies secondaires. — Lymphangite secondaire génitale. — Pseudo-chancre lymphangitique..... 556

AFFECTIONS SECONDAIRES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR.

I. Système osseux. — Échéances d'apparition. — Étiologie. — Localisations. — Formes morbides :

1° Périostite.
2° Périostose.
3° Ostéalgie.

Céphalée osseuse. — Sternalgie. — Pleurodynie. — Périchondrite..... 558

II. Articulations. — Trois modalités de manifestations articulaires : arthralgie ; — hydarthrose ; — arthropathie pseudo-rhumatismale.

Diagnostic différentiel entre le rhumatisme syphilitique et le rhumatisme vulgaire..... 567

III. Synoviales tendineuses. — Deux formes : hydropisie simple des gaines tendineuses ; — ténosites ou synovites tendineuses. — Formes frustes.

Hygroma secondaire..... 575

IV. Muscles. — Déterminations multiples et diverses :

1° Myosalgies.
2° Contracture musculaire. — Contracture secondaire du biceps brachial. — Pathogénie.
3° Myosite.
4° Affaiblissement, débilité musculaire. — Exploration dynamométrique. — Degrés. — Durée.
5° Amaigrissement musculaire, amyotrophie.
6° Tremblement musculaire.

Troubles associés du système locomoteur. — **Pseudo-rhumatisme syphilitique.**

Phénomènes douloureux de localisation indéterminable : courbature syphilitique ; — douleurs secondaires ; — engourdissement nocturne des membres ; paroxysmes vespérins ou nocturnes..... 580

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'ŒIL.

I. Paupières. — Syphilides. — Syphilide palpébrale en nappe.
II. Conjonctive. — Conjonctivite secondaire. — Dacryocystite.
III. Cornée. — Kératite de trois formes : kératite ponctuée ; — kératite interstitielle ; — kératite papuleuse.
IV. Iris. — **Iritis secondaire.** — Étiologie. — Symptômes. — Période de début. — Trois signes dénonciateurs. — Période d'état. — Syphilides iriennes. — Formes. — Évolution. — Terminaisons. — Pronostic. — Complications choroïdiennes. — Récidives. — Diagnostic de nature. — Trois caractères différentiels : teneur subaiguë de la maladie ; — indolence relative ; — énanthème irien. — Traitement..... 596

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OREILLE.

Syphilides du pavillon et du conduit auditif externe.
Obstruction de la trompe d'Eustache.
Otite moyenne purulente.

Surdité foudroyante. — Trois particularités constitutives : incroyable rapidité d'évolution ; — absence de toute lésion appréciable ; — résistance à tout traitement. — Un seul cas de guérison jusqu'à ce jour..... 614

FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Fréquence. — Division.

I. **Fièvre symptomatique.** — Notamment, fièvre d'éruption.

II. **Fièvre essentielle ou fièvre syphilitique proprement dite.** — Échéance d'invasion. — Trois formes cliniques :

1° Fièvre intermittente syphilitique. — Caractère vespérin ou nocturne. — Analogies et différences avec accès palustre. — Diagnostic différentiel.

2° Fièvre continue syphilitique. — Durée. — Durée parfois considérable, s'élevant à plusieurs septénaires. — Analogies avec fièvre continue simple. — Diagnostic.

Variété : **Typhose syphilitique.** — Comment ce type réalise parfois l'aspect clinique de la fièvre typhoïde. — Diagnostic.

3° Forme déréglée, atypique 621

ACCIDENTS NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Forme nerveuse de la syphilis secondaire. — Sa prédominance chez certains sujets et tout particulièrement chez la femme. — Manifestations multiples, des plus variées et parfois des plus bizarres. — Division 642

I. **Céphalée.** — Type continu avec exacerbations; type intermittent. — Durée. — Traitement 644

II. **Troubles du sommeil.** — Insomnie essentielle secondaire 648

III. **Asthénie nerveuse secondaire.**

1° Asthénie musculaire. — Diminution des forces. — Débilité et courbature musculaire.
2° Asthénies splanchnique, circulatoire, digestive, nerveuse, nutritive.
3° Asthénie générale. — Type de la femme accablée, aplatie, « *éreintée* » par la syphilis.

Durée de ces curieux phénomènes 649

IV. **Douleurs névralgiformes** et **névralgies.** — Siège. — Types usuels (névralgies sus-orbitaire, intercostale, sciatique). — Types rares. — Isolées, ces névralgies sont souvent méconnues comme nature. — Traitement 653

V. **Névrites et polynévrites secondaires.**

1° Névrites. — Symptômes constitutifs. — Localisations. — Névrite du cubital. — Névrite du sciatique.
2° Polynévrites. — Types divers. — Parésie des membres supérieurs, des membres inférieurs, des quatre membres. — Exemples cliniques 657

VI. **Troubles de la sensibilité générale.** — Modalités cliniques diverses.

Analgésie secondaire. — Forme de beaucoup la plus importante. — Variétés de siège et d'étendue. — Prédilection singulière pour deux régions : région mammaire et région dorso-métacarpienne. — Durée. — Nature. — Raisons multiples tendant à démontrer que cette analgésie n'est pas imputable à l'hystérie et procède directement de la syphilis. — Diagnostic différentiel entre l'analgésie hystérique et l'analgésie secondaire de la syphilis 664

VII. **Tremblement musculaire** 670

VIII. **Surexcitation ou réveil de névroses antérieures. — Genèse de névroses.**

I. La syphilis secondaire se traduit quelquefois par la stimulation ou le réveil de certaines névroses préexistantes. — Hystérie. — Épilepsie.
II. La syphilis secondaire peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle.

Hystérie secondaire.
Épilepsie secondaire 676

IX. **Névroses du système sympathique.**

I. Troubles de caloricité. — Algidités périphériques. — Sensation générale de froid. — Troubles circulatoires connexes. — Pathogénie.

II. Hyperidroses secondaires 691

SYPHILIS SECONDAIRE SPLANCHNIQUE.

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

Dyspnée secondaire 697
Pleurésie secondaire 698

SYSTÈME CIRCULATOIRE.

Palpitations 701
Tachycardie 701
Arythmies cardiaques 702

Phlébite secondaire. — Siège usuel : veines superficielles des membres et, plus spécialement, saphène interne. — Symptômes. — Modalité froide. — Évolution. — Durée. — Diagnostic 705

SYSTÈME DIGESTIF ET ANNEXES.

Troubles dyspeptiques et gastralgiques 710
Entéralgie secondaire 711
Entérite secondaire. — Entérite ulcéreuse. — Cette entérite ulcéreuse pourrait-elle servir d'interprétation pathogénique à la typhose ? 711
Crises de vomissements 714
Troubles de l'appétit. — 1° Diminution de l'appétit. — 2° Anorexie hystériforme secondaire. — 3° Exagération morbide de l'appétit. — **Boulimie secondaire.** — Étiologie. — Symptômes. — Épiphénomènes. — Singulière association possible entre la boulimie et la fièvre syphilitique. — Durée. — Pronostic. — Traitement 714

SYPHILIS SECONDAIRE DU FOIE.

I. **Ictère secondaire bénin** 725

II. Formes graves de l'ictère secondaire. — **Ictère grave.** — Symptômes ; terminaisons. — Discussion à propos de cet ictère grave d'origine spécifique. — Conclusions : 1° Il n'est pas douteux que la syphilis secondaire puisse réaliser le complexus morbide qui a sa caractéristique dans la déchéance et la destruction rapide de l'élément cellulaire du foie, complexus actuellement désigné sous le nom d'ictère grave. — 2° Mais tous les syndromes hépatiques graves qui se produisent au cours de la syphilis secondaire et qui semblent dériver de l'influence exclusive de la syphilis ne sont pas invariablement imputables au type dit ictère grave, bien que présentant parfois un haut degré de gravité.

L'ictère grave secondaire peut-il être considéré comme une affection parasyphilitique ? 726

RATE.

Splénomégalie secondaire 732

REIN.

Néphrite secondaire.

Importance considérable de cette manifestation. — Échéances d'apparition. — Extraordinaire précocité de développement en quelques cas. — Symptômes. — Trois particularités assez habituelles : grande quantité d'albumine ; — rapidité singulière d'évolution ; — échéance précoce des accidents d'urémie. — Terminaisons. — Pronostic. — *Fréquence des terminaisons mortelles.* — Variétés. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. — Traitement 734

SYPHILIS SECONDAIRE DU SYSTÈME REPRODUCTEUR.

I. Chez l'homme : **Épididyme secondaire.** — Variétés. — Diagnostic. 741
II. Chez la femme :
Leucorrhée. — Névralgie utérine. — Troubles menstruels.
Fonctions de reproduction. — Réaction de la grossesse sur la syphilis. — Réaction bien autrement importante de la syphilis sur la grossesse..... 743

INFLUENCE ABORTIVE OU FŒTICIDE DE LA SYPHILIS.

Cette influence est susceptible de s'exercer dans *toutes* les conditions qui peuvent présider à la transmission des géniteurs au produit de conception. — Statistiques..... 751
Apogée de cette influence pernicieuse au cours de la période secondaire. — Maximum de nocivité dans la première année de l'infection. — Décroissance au delà. — Action atténuante du temps..... 755
Est-il quelque forme de la maladie qui expose plus spécialement la grossesse à une terminaison fâcheuse, notamment à l'avortement?..... 758
Une syphilis antérieure à la conception expose-t-elle plus à l'avortement qu'une syphilis postérieure à la conception?..... 759
Influence corrective, neutralisante, du traitement 760
Conclusions pratiques..... 763

Du traitement mercuriel au cours de la grossesse.

Doctrine ancienne : Ne pas traiter les femmes syphilitiques en état de grossesse. — Réaction bienfaisante inaugurée par Mauriceau. — Trois griefs opposés au traitement mercuriel pendant la gestation. — Doctrine actuelle : le traitement constitue la meilleure sauvegarde pour l'enfant..... 764
La syphilis est-elle l'origine de quelque complication relativement à l'accouchement et aux suites de couches? — De l'avortement syphilitique..... 768
Réciproquement, l'accouchement exerce-t-il quelque influence sur l'évolution et l'allure de la syphilis?..... 770

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL.

La période secondaire est-elle fatale, obligatoire, dans l'évolution de la philis?..... 773
La syphilis secondaire est-elle toujours semblable à elle-même d'un sujet à un autre?..... 774

Formes diverses de la syphilis secondaire.

I. Forme moyenne ou commune..... 777
II. Forme légère. — Forme abortive..... 777
III. Forme sévère 779
IV. Forme nerveuse..... 779
V. Forme légère à récidives..... 780

DIAGNOSTIC.

Ses bases en l'espèce. — Le diagnostic de la syphilis réside moins dans l'appréciation d'un symptôme que dans la notion d'un *ensemble* morbide et d'une *évolution* morbide..... 783
Difficultés possibles de ce diagnostic. — Ses difficultés spéciales chez la femme. — Symptômes propres et symptômes communs. — Comment ces derniers constituent souvent un véritable écueil diagnostique. — Absence d'antécédents spécifiques. — Dénégations mensongères, etc. — La vérole, d'ailleurs, peut être niée et ignorée de bonne foi..... 786

QUESTION DES SYPHILIS IGNORÉES.

Authenticité de ces syphilis ignorées. — Comment un malade peut avoir éprouvé divers accidents de syphilis sans se douter qu'il ait eu la syphilis. — Raisons diverses expliquant ce fait : bénignité de l'étape secondaire ; — extra-génitalité de la contagion ; — ignorance des symptômes afférents à la maladie ; — considérations morales ; — dissimulation médicale, etc. — Exemples de syphilis restées inconnues sur des médecins..... 795
Degré de fréquence de ces syphilis ignorées. — Fréquence très inégale suivant le sexe et les milieux sociaux..... 802

PRONOSTIC.

Dangers *directs* et dangers *indirects* de la maladie. — Importance de ces derniers. — La syphilis constitue souvent une cause d'aggravation, voire parfois de malignité pour les maladies incidentes. — Elle exalte la susceptibilité morbide, en infériorisant les forces de résistance de l'organisme.
Fréquence des affections dites *parasyphilitiques*. — Rien de plus grave dans toute la syphilis que les affections parasyphilitiques (tabes, paralysie générale, etc.)..... 804

Pronostic actuel et pronostic d'avenir.

C'est dans l'étape tertiaire que réside la gravité vraie de la syphilis. — D'où l'intérêt capital de la question relative au diagnostic prévisionnel de la syphilis.

DIAGNOSTIC PRÉVISIONNEL DE LA SYPHILIS.

Divers signes proposés comme pouvant servir de présages pour l'avenir d'une syphilis : provenance de la contagion ; — durée de l'incubation ; — caractères du chancre ; — caractères de la première poussée secondaire : — caractères des poussées ultérieures, etc. — **Loi de Bassereau**. — Cette loi n'implique qu'un rapport entre la qualité du chancre et l'étape secondaire, sans engager en rien un avenir éloigné. — Inanité des divers signes dits prévisionnels. — En tout cas, la bénignité initiale d'une syphilis ne constitue en rien une immunité d'avenir. — Témoignages cliniques..... 808
Les conditions qui impriment à certaines syphilis une gravité particulière relèvent-elles du germe originel ou de la personnalité du malade ? — Théorie de la graine. — Théorie du terrain..... 818

FACTEURS DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS.

Diverses conditions peuvent jouer vis-à-vis de la syphilis le rôle de circonstances aggravantes, à savoir :

I. Conditions d'âge. — Gravité de la syphilis aux âges extrêmes de la vie. — Syphilis infantile. — Syphilis sénile. — Cachexie adynamique, véritable sidération vitale résultant parfois de la syphilis sénile. — Cas de syphilis séniles devenues mortelles dès les premiers mois de l'infection. 822
II. Conditions de santé, de constitution, de tempérament..... 829
III. Prédispositions héréditaires..... 829
IV. Influences dépressives de tout ordre (misère, surmenage de tout genre, irrégularités de vie et d'habitudes, causes morales, maladies antérieures, etc)..... 830
V. Scrofulo-tuberculose..... 832
VI. Alcoolisme. — Réaction particulièrement nocive de l'alcoolisme sur la syphilis. — Modalités multiples et variées servant d'expression à cette influence..... 834

VII. Impaludisme. — Statistique. — Plus de deux cas graves sur trois pour les syphilis compliquées d'impaludisme..... 841

VIII. — Facteur extrinsèque : Absence ou insuffisance du traitement spécifique. — D'une façon presque générale, la syphilis se montre légère ou grave suivant qu'elle est ou non traitée. — Parallèle entre les syphilis traitées et les syphilis non traitées. — Bienfaits du traitement; désastres dérivant de l'expectation..... 843

Lacunes du sujet. — Très certainement les conditions aggravantes de la syphilis sont loin d'être toutes connues.

De là, réserves imposées quant au pronostic prévisionnel de toute syphilis. — *Impossible de préjuger ce que deviendra une syphilis qui vient de naître.*

Pour l'énorme majorité des cas, le tertiarisme dérive de syphilis originairement bénignes.

Déductions relatives au traitement de la syphilis..... 848

8122-98. — Corbeil. — Imprimerie Ed. Crété.